



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrados

Maestría en Epidemiología

Comorbilidades no definitorias de sida y su relación con determinantes sociales de la salud en pacientes diagnosticados de VIH en Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública, Cuenca Norte Distrito 01D04 2020-2021.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Epidemiología

Modalidad: Tesis

Autora:

Andrea Cristina Bersosa Webster

CC: 0301563078

Correo electrónico: abersosaw@gmail.com

Director:

Dr. Fausto David Acurio Páez

CC: 1801739416

Cuenca, Ecuador

22-noviembre-2021



RESUMEN

Antecedentes: la infección por VIH provoca deterioro del sistema inmunológico e inflamación sistémica, que conlleva a un envejecimiento prematuro y el desarrollo de comorbilidades no definitorias de sida, con aumento de la mortalidad.

Objetivos: determinar la frecuencia de comorbilidades no definitorias de sida y su relación con determinantes sociales de la salud en la Oficina Técnica Cuenca Norte, Distrito 01D04.

Métodos y materiales: estudio analítico transversal, recolectado a través de la matriz de registro diario y seguimiento de pacientes con diagnóstico de VIH, captados en las Unidades Operativas de la Oficina Técnica Cuenca Norte, Distrito 01D04.

Resultados: se revisaron las fichas de 115 pacientes con diagnóstico de VIH/sida, de los cuales, 72,17 % fueron adultos jóvenes, 92,17 % hombres, 75,67 % GLBTI, 62,61 % mestizo, 87,83 % sin pareja, 47,43 % trabajadores, 26,09 % con empleo adecuado, 50,43 % procedentes de la Zona 6, 95,65 % residen en el Azuay, 55,64 % con actividad sexual versátil, con 27,08 media de parejas sexuales. El 31,3 % tiene comorbilidades no definitorias de sida.

Las comorbilidades no definitorias de sida y el estado civil con pareja estable presentan un RP 2,4 IC 95 % 1,44-3,99. La edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, procedencia, residencia, identidad de género, número de parejas sexuales tienen un valor $p > 0,05$.

Conclusiones: las comorbilidades no definitorias de sida, se presentan en un porcentaje bajo, y tienen relación significativa únicamente con el estado civil (pareja).

Palabras clave: Epidemiología. VIH/sida. Comorbilidad. Determinantes sociales de la salud.



ABSTRACT:

Background: HIV infection causes deterioration of the immune system and systemic inflammation, which leads to premature aging and the development of non-defining comorbidities of AIDS, with increased mortality.

Objectives: to determine the frequency of non-defining AIDS comorbidities and their relationship with social determinants of health in the Cuenca Norte Technical Office, District 01D04.

Methods and materials: cross-sectional analytical study, collected through the matrix of daily registration and monitoring of patients with a diagnosis of HIV, captured in the operational units of the Cuenca Norte Technical Office, District 01D04.

Results: the records of 115 patients diagnosed with HIV / AIDS were reviewed, of which 72.17% were young adults, 92.17% men, 75.67% GLBTI, 62.61% half blood, 87.83% without a partner, 47.43% workers, 26.09% with suitable employment, 50.43% from Zone 6, 95.65% reside in Azuay, 55.64% with versatile sexual activity, with an average of 27.08 sexual partners. 31.3% have non-defining AIDS comorbidities.

The non-defining comorbidities of AIDS and the marital status with a stable partner present a PR 2.4 95% CI 1.44-3.99. Age, sex, educational level, employment, origin, residence, gender identity, number of sexual partners have a p value >0.05.

Conclusions: non-defining AIDS comorbidities are present in a low percentage, and have a significant relationship only with marital status (partner).

Keywords: Epidemiology. HIV / AIDS. Comorbidity. Social determinants of health.



Índice del trabajo	
RESUMEN.....	2
ABSTRACT:.....	3
Índice del trabajo	4
Cláusulas.....	¡Error! Marcador no definido.
Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio	
Institucional	¡Error! Marcador no definido.
Cláusula de Propiedad Intelectual	¡Error! Marcador no definido.
RESPONSABILIDAD	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	15
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO III	19
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	19
1.3 HIPÓTESIS.....	19
1.4 OBJETIVO GENERAL	19
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
CAPITULO IV	20
METODOLOGÍA	20
4.1 TIPO DE ESTUDIO	20
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	20



4.3	UNIVERSO Y MUESTRA.....	20
4.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	20
4.5	VARIABLES	20
4.6	MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
4.7	TABULACIÓN Y ANÁLISIS	21
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	21
	CAPÍTULO V.....	23
	RESULTADOS.....	23
	CAPÍTULO VI.....	29
	DISCUSIÓN.....	29
	CAPÍTULO VII.....	36
	CONCLUSIONES.....	36
	CAPÍTULO VIII.....	37
	RECOMENDACIONES	37
	CAPÍTULO IX.....	38
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
	CAPÍTULO X.....	44
	ANEXOS	44
	Anexo Nro. 1	44
	Anexo Nro. 2	45
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	45



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Andrea Cristina Bersosa Webster en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Comorbilidades no definatorias de sida y su relación con determinantes sociales de la salud en pacientes diagnosticados de VIH en Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública, Cuenca Norte Distrito 01d04 2020-2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de noviembre de 2021

Andrea Cristina Bersosa Webster

C.I: 0301563078



Cláusula de Propiedad Intelectual

Andrea Cristina Bersosa Webster, autora del trabajo de titulación "Comorbilidades no definitivas de sida y su relación con determinantes sociales de la salud en pacientes diagnosticados de VIH en Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública, Cuenca Norte Distrito 01d04 2020-2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de noviembre de 2021



Andrea Cristina Bersosa Webster

C.I: 0301563078



AGRADECIMIENTO

A mi familia, amigos, compañeros, a mi director de tesis, por hacer este proyecto posible.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis pacientes, por la confianza, conversaciones y apoyo, a mi gran amigo Fredy Delgado, por su incondicional soporte.

Continúa entonces el camino hacia la iluminación.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y 2) es un retrovirus ARN que se replica con ADN intermediario, produciendo en último término inmunodeficiencia, con destrucción lenta y progresiva de las células infectadas (1).

En la actualidad, a nivel mundial se presenta un incremento del número de casos, en algunos países en cambio, ha mostrado estabilidad debido a las campañas educativas y el trabajo de promoción en la prevención del VIH; los hombres representan el mayor número de infectados; entre los principales factores se encuentra el comportamiento sexual homo y bisexual y también existe mayor prevalencia en la población con uso de drogas endovenosas (1).

El VIH sigue siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y su comportamiento epidemiológico permite decir que tiene el carácter de *Sindemia*, es decir aquella epidemia en la que coexisten de manera sinérgica dos o más problemas de salud que interactúan entre sí, y que contribuyen, como resultado de su interacción, a un exceso de carga de la enfermedad/problema de salud, como el empobrecimiento, deterioro de la vida y la discriminación social (2).

El diagnóstico oportuno y el tratamiento antirretroviral (TAR) sin duda han logrado suprimir y controlar la replicación viral y consecuentemente prevenir la aparición de infecciones oportunistas en pacientes infectados. No obstante, pese a alcanzar una correcta respuesta inmunoviológica, la asociación de comorbilidad puede elevar la morbimortalidad. Esta disminución de la esperanza de vida se debe en gran medida a un aumento en la incidencia de las comorbilidades no definitivas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), todas asociadas a una alteración del proceso fisiológico del envejecimiento sistema inmunitario (inmunosenescencia). Probablemente, esta mayor prevalencia se deba a factores de riesgo como toxicidad TARV, disfunción inmunológica crónica y un estado pro-inflamatorio crónico que predice la aparición de diferentes comorbilidades o complicaciones no-sida, en adición a factores sociales que agravarían la condición de vulnerabilidad de la población y que podrían pasar desapercibidos (3–6).



Con estos antecedentes, se consideró una prioridad conocer la asociación o no, a comorbilidades, así como su evolución. Lo que ha permitido sentar las primeras bases de conocimiento y la posibilidad de elaborar estrategias para tomar medidas que podrían mejorar la atención y tratamiento repercutiendo de manera directa en el bienestar del paciente. Comprendiendo que el VIH/sida demanda un abordaje integral que contemple un enfoque desde la salud, así como de la calidad de vida de las personas, poblaciones o comunidades afectadas; y su asociación con la pobreza, la desigualdad de género y el nivel de acceso a tratamientos (determinantes sociales de la salud) (7).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento de nuevos diagnósticos de VIH pone de manifiesto la acuciante necesidad de que se cumplan las metas 90-90-90, propuestas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) hasta el 2030, para hacer realidad todo el potencial del tratamiento antirretrovírico. Tales objetivos persiguen que el 90 % de las personas infectadas por el VIH conozcan su estado serológico (8), que el 90 % de estos, tengan acceso a un tratamiento antirretrovírico y lograr la supresión de la carga vírica del 90 % de las personas en tratamiento (9), con lo que lograría disminuir la potencial transmisión de la enfermedad y comorbilidades tanto definitorias como no definitorias de sida. Lo que planteó la necesidad de obtener datos actualizados y concretos en cada territorio, que nos permita elaborar estrategias acordes a la realidad (10,11).

Las nuevas infecciones por el VIH están aumentando a un ritmo rápido en los países que no han ampliado los servicios de salud en torno a esta enfermedad. En Europa oriental y Asia central, por ejemplo, las nuevas infecciones han aumentado en un 60 % desde 2010 y las muertes relacionadas con el sida en un 27 % (8). De acuerdo al informe de ONUSIDA, esta enfermedad tiene causales que trascienden a la estigmatización de grupos humanos como propagadores de la enfermedad, lo que conlleva a falta de atención sanitaria y adherencia al tratamiento con la consecuente manifestación de comorbilidades. La misma ONUSIDA ha declarado que las causas reales del incremento de casos son la pobreza, la falta de programas adecuados de prevención (8) y la imposibilidad de acceso al tratamiento (12). Todas derivadas de un denominador común: la pobreza relacionada con los determinantes sociales, que fueron considerados para esta investigación (edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, estado civil, procedencia, residencia, identidad de género, etnia) y las comorbilidades asociadas no definitorias de sida (13).

Actualmente no se dispone de muchos estudios acerca de estas comorbilidades, no definitorias de sida. A nivel nacional se realizó una investigación que determinó la prevalencia de comorbilidades no definitorias de sida, siendo las 5 primeras la dislipidemia, sobrepeso/obesidad, pre-diabetes, depresión e hipertensión (14).

Esta situación generó las preguntas de investigación:



¿Cuál es la frecuencia de las comorbilidades no definatorias de sida?, ¿Existe relación con los determinantes sociales?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador, de igual forma que en otros países, la prevalencia de VIH es mayor en poblaciones clave y vulnerables (3,11,15); en el 2018 se reportó que el 11 % de hombres que tiene sexo con hombres (HSH) presentan infección por VIH. Así mismo, 3,2 % de mujeres que ejercen el trabajo sexual están infectadas con este virus (11,16).

Al presente, no se conoce el porcentaje de pacientes que sufre algún tipo de comorbilidad asociada. Se pueden encontrar estudios acerca de la incidencia de las infecciones o enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH/sida, pero no ha sido considerada la existencia de enfermedades concomitantes, no necesariamente definidas como oportunistas o definatorias de sida, que se manifiestan en los pacientes con infección por el VIH. Adicionalmente, no se ha estudiado el comportamiento de estas enfermedades concomitantes, factores de riesgo asociados, determinantes de salud y otras características que los diferencian de la población en general, lo que incide y dificulta la posibilidad de establecer estrategias de control por parte de la autoridad sanitaria (17).

Los resultados permitirán identificar la frecuencia de comorbilidad asociada al VIH, partiendo del área local, con lo cual es posible el desarrollo de políticas, estrategias y programas que den respuesta efectiva a la población afectada por VIH/sida y que podrán ser aplicadas a la población general del país y facilitarán que las personas que viven con VIH/sida y las organizaciones de la sociedad civil tengan elementos suficientes para demandar la garantía de sus derechos y mejorar su calidad de vida (18,19).

ONUSIDA en su informe *Mi salud, mi derecho* presenta una clara demostración de los retos que se avecinan en los esfuerzos por poner fin a la epidemia del sida (20). Asimismo, “El objetivo fundamental de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (15,21), el ODS 3 (20,22) incluye la promesa realizada por los Estados miembros de acabar con el sida para 2030”, que envuelve los retos de encontrar mecanismos que susciten un enfoque centrado en la colectividad, basado en los



principios de los derechos humanos y la equidad sanitaria, además de hacer frente a la estigmatización y la discriminación que sufren, sumamente difundidas (12,20).

De igual manera, estos retos están considerados en el Ecuador dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (23), Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la “respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS)” (8), en las primeras líneas de investigación en salud 2013-2017 (24) y en la Propuesta de las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca y la maestría en Epidemiología.

En este contexto se consideró adecuado investigar las comorbilidades no definitorias de sida y su relación con los determinantes sociales de la salud, particularmente educación, ingresos, sexo y etnia, como parte de esta Sindemia (25).

Las personas con diagnóstico de VIH y sus familias presentan necesidades y problemas específicos, que no se limitan únicamente a un diagnóstico médico y tratamiento, sino que exigen una mirada integral al concebir al paciente como sujeto de derechos cuyas condiciones de vida, como la pobreza, inciden en la evolución de la enfermedad. Este estudio articula no solo el perfil epidemiológico sino que pretende investigar la relación con factores sociales como sexo, nivel de instrucción, empleo, estado civil, procedencia, identidad de género y etnia (26,27).



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) compone uno de los mayores problemas y retos de Salud Pública en el mundo. De ahí que su vigilancia epidemiológica tenga gran prioridad. Dentro de los principales objetivos de la misma, están cuantificar la magnitud de la epidemia y definir las características de la población afectada, en particular en relación con las formas de contagio del virus, además de conocer los distintos factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos de cada zona. Obtener cifras e información relevante sobre la enfermedad, nos permite tomar acciones oportunas de control y seguimiento, además de políticas que permitan mejorar las estrategias diagnósticas y calidad de vida (28).

De acuerdo al último reporte de ONUSIDA (2020), se reveló que en total viven en el mundo, 37,7 millones (vs. el año 2009: 33.3 millones) de personas con VIH, 27,5 millones viven con VIH bajo tratamiento antirretrovírico (2020) y hay 1,5 millones de nuevas infecciones por VIH (2020) (20,29). Encontrándose especialmente distribuida en la población clave (20). En adición, el riesgo de contraer el VIH es: 25 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 35 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 26 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales y 34 veces mayor para las mujeres transgénero (11,15,28). ONUSIDA indica que se encuentran referencias al derecho a la salud en la legislación regional e internacional, en tratados y declaraciones de las Naciones Unidas y en leyes y constituciones nacionales de todo el mundo. El derecho a la salud se define en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto incluye el derecho de todas las personas, también las que viven con VIH (PVV) y las que están afectadas por él, a la prevención y el tratamiento del deterioro de la salud, a tomar decisiones sobre su propia salud y a ser tratadas con respeto y dignidad y sin discriminación (8).



Determinantes sociales de la salud (DSS) y VIH

Para controlar la enfermedad es necesario comprender el fuerte vínculo con las condiciones sociales (30), culturales, políticas, psicosociales, conductuales, médicas. La epidemia se ha desarrollado en pleno auge del capitalismo neoliberal, lo que ha llevado a una crisis económica mundial innegable con repercusiones en el sector de la salud. El Estado debilitó ampliamente el bienestar de las poblaciones reduciendo el acceso a servicios de salud a un bien de mercado, así como los medicamentos y las patentes científicas, exacerbando las condiciones de pobreza (31).

Montaigner, manifestó que el VIH/sida es un síndrome multifactorial en el que influyen no sólo la perspectiva biomédica sino el enfoque biopsicosocial en el que intervienen diversos determinantes sociales y todas las acciones políticas para contrarrestar el impacto de la epidemia (32).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la salida a las desigualdades en salud de las poblaciones está dada por la ejecución de acciones sobre las diferencias sociales, que están supeditadas a decisiones económicas y políticas que imputan disparidades o privilegios en materia de salud y en general en cualquier ámbito del enfoque social (25,31).

Comorbilidades, inflamación e inmunosenescencia

Se conoce por comorbilidad a aquella situación en la que las personas tienen dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo. Por ejemplo, en este caso, una persona con diagnóstico de VIH, código CIE-10 B24X, también puede padecer que una enfermedad del corazón.

El TAR ha alcanzado un éxito indiscutible en su objetivo de suprimir el control de la replicación virológica y prevenir la aparición de infecciones oportunistas en pacientes infectados por el VIH. Sin embargo, pese a alcanzar una correcta respuesta inmunoviroológica, estos pacientes presentan, en general, un exceso de mortalidad (4,5,14,33). Debida a la asociación de comorbilidades no definitorias de sida (34).

En los últimos años, el envejecimiento del sistema inmunológico (“inmunosenescencia”) y la situación pro inflamatoria crónica que predice la aparición de diferentes comorbilidades (“inflam-aging”) ha atraído poderosamente la

atención en el campo del VIH como un potencial factor que contribuye al exceso de complicaciones no-sida (34).

Comorbilidades en personas viviendo con VIH

Tabla 1.

Comorbilidades no infecciosas (NICM) entre personas que viven con VIH y que están bajo terapia antirretroviral combinada en Ecuador.

Comorbilidad	n	%
Dislipidemia	208	41,8
Sobrepeso/obesidad	183	36,4
Pre-diabetes	82	16,3
Depresión	60	11,9
Hipertensión	45	8,9
Diabetes	30	6
Osteoporosis	17	3,4
Lipodistrofia	11	2,2
Psicosis	10	2
Enfermedad vascular periférica	9	1,8
Ansiedad	5	1
Acumulación de grasa	2	0,4
Enfermedad renal crónica (cualquier estadio)	3	0,6
Infarto previo	2	0,4
Síndrome coronario agudo	1	0,2
Angina de pecho	1	0,2
Falla cardíaca congestiva	1	0,2
Procedimiento de revascularización	1	0,2

Fuente: Increased incidences of noninfectious comorbidities among aging populations living with human immunodeficiency virus in Ecuador: a multicenter retrospective analysis (14).

Las personas con VIH presentan necesidades y problemas específicos que condicionan la elección del tratamiento, siendo cada vez más importante el buen manejo de la infección, para prevenir el deterioro de la vida y controlar los efectos secundarios a mediano y largo plazo. Al mismo tiempo, existen una serie de complicaciones asociadas al envejecimiento, que, en personas con VIH, tienen lugar de forma prematura como alteraciones neurocognitivas, alteraciones renales, cáncer, menopausia, osteoporosis y riesgo cardiovascular (9).

La comorbilidad cardiovascular deriva de la mayor prevalencia de factores de riesgo como: dieta malsana, falta de actividad física, consumo de tabaco y alcohol,



sobrepeso u obesidad, edad avanzada, tratamiento farmacológico. La enfermedad renal crónica, es una de las comorbilidades no sida más frecuentes en los pacientes con VIH, en alrededor del 73,3 % (35,36).

Dentro de las alteraciones psiquiátricas, las que encontramos con mayor prevalencia son la depresión, suicidio, ansiedad, delirium, psicosis, las alteraciones del sueño y la manía. En relación al riesgo de cáncer, este se debe, mayormente, a la inmunosupresión (3).

Las comorbilidades tienen una gran relevancia clínica no solo por la carga de morbilidad (14,37) que agregan a los pacientes con infección por el VIH, sino debido a que establecen la principal causa de mortalidad, en particular en los países desarrollados (34). Es oportuno indicar que los pacientes del estudio, fueron evaluados por un médico especialista, quien diagnostica la comorbilidad y ésta es debidamente registrada en la base de datos de la oficina técnica 01D01 Cuenca Norte, Distrito 01D04 2020-2021.



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1.3 HIPÓTESIS

La frecuencia de comorbilidades no definitorias de sida es igual o mayor a 41,8 % y está asociada a la edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, estado civil, procedencia, residencia, identidad de género y etnia.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de las comorbilidades no definitorias de sida y su relación con determinantes sociales de la salud, de la oficina técnica 01D01 Cuenca Norte, Distrito 01D04 2020-2021.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población por edad, sexo, identidad de género, número de parejas sexuales, nivel de instrucción, situación laboral, procedencia, residencia y etnia.
2. Establecer la frecuencia de comorbilidades no definitorias de sida.
3. Determinar la existencia de relación entre las comorbilidades no definitorias de sida y determinantes sociales de la salud , consideradas: edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, estado civil, procedencia, residencia, identidad de género, número de parejas sexuales y etnia.



CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es analítico transversal que permitió determinar la frecuencia de las comorbilidades no definitorias de sida y su relación con determinantes sociales de la salud en pacientes diagnosticados de VIH.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Establecimientos de Salud de la oficina técnica 01D01 Cuenca Norte, Distrito 01D04.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo del estudio correspondió a 115 pacientes y la investigación se efectuó con la totalidad de la población, por lo tanto no se realizó cálculo muestral.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de VIH (código CIE-10 B24), mayores de edad, registrados en la base de datos de la Dirección Distrital 01D04 Cuenca Norte.

Criterios de exclusión: pacientes en etapas 3 y 4 de la enfermedad y mujeres embarazadas.

4.5 VARIABLES

Las variables consideradas fueron: comorbilidad no definitoria de sida, determinantes sociales de la salud: edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, estado civil, procedencia, residencia, identidad de género y etnia.

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se trató de un estudio observacional, basado en la revisión y extracción de información de la base de datos Distrital 01D04 Cuenca Norte, que se encuentra en formato Excel. Contando con la autorización de la Responsable de la oficina técnica



Cuenca Norte de la Dirección Distrital 01D04, Dra. Liliana Rosales Ullauri (Anexo Nro. 1).

Se trabajó sobre la base de datos existente, con casos ya diagnosticados de VIH (B24), tomando aquellos pertinentes, creando una nueva base, por lo que no se necesitó de un instrumento de recolección de información para el estudio.

Se utilizó un formulario de registro diario de pacientes del proceso de Vigilancia de la Salud (formato Excel) para luego migrarlos al programa IBM SPSS Statics Base versión 15 para el procesamiento y análisis.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

En la presentación de los resultados, se utilizó tablas simples y compuestas. Con el propósito de resumir la información, se han utilizado variables cuantitativas con la media aritmética y la desviación estándar (DS) en caso distribución normal o con la mediana y rango intercuartil, cuando no exista distribución normal; variables cualitativas con frecuencias (f) y porcentajes (%).

Las variables cualitativas con más de dos categorías se dicotomizaron para los análisis en las tablas 2x2, considerando agrupaciones afines o con relación significativa aplicando chi cuadrado de Pearson.

La normalidad de la distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov en las variables cuantitativas, como son edad (valor p 0,028) y número de parejas sexuales (valor p 0,000).

Para el análisis de la asociación con factores se sistematizó los datos en una tabla de 2 x 2 y se determinó la Razón de Prevalencia (RP) y su intervalo de confianza al 95 % (IC 95%). Test de Chi cuadrado, considerando diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se ha mantenido el compromiso de guardar la confidencialidad del manejo de la información, y responsabilidad de cumplir y hacer cumplir con las normas bioéticas nacionales e internacionales durante todo el proceso del desarrollo de la investigación. Se respetó estrictamente las reglamentaciones y normas éticas observadas en la declaración de Helsinki y las observaciones del Consejo de



Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS - 2012) acerca del uso adecuado de registros médicos y herramientas informáticas. Se acatarán las normas internas del Ministerio de Salud Pública y las disposiciones del COBIAS de la Universidad de Cuenca.

Al ser un estudio que envuelve un análisis de registros de información, no representó riesgo para los participantes; sin embargo, se prestó especial atención con respecto al uso de información con solidez científica y a la confidencialidad mediante el uso de códigos, en lugar de nombres y apellidos, y al finalizar el estudio la base de datos fue eliminada. El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por la autora, se declara que no han existido conflictos de interés.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

La población investigada corresponde a 115 individuos, de los que se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla. Nro. 2

Caracterización de la población de estudio según edad, sexo, identidad de género, etnia y estado civil. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

		f (115)	% (100)
Edad	Adolescente (18 a 19)	3	2,61
	Adulto joven (20 a 34)	83	72,17
	Adulto (35 a 64)	28	24,35
	Adulto mayor (65 a 69)	1	0,87
Sexo	Hombre	106	92,17
	Mujer	9	7,83
Identidad de género	Gay	63	54,78
	Heterosexual	28	24,35
	Bisexual	19	16,52
	Transexual	5	4,35
Etnia	Mestizo	72	62,61
	Otros**	25	21,74
	Montubio	12	10,43
	Indígena	6	5,22
Estado Civil	Soltero	96	83,48
	Casado	7	6,09
	Unión Libre	7	6,09
	Divorciado	3	2,61
	Viudo	2	1,74

*Media=31,19 \pm 9,32, Mediana=29,00, asimetría= 1,49, curtosis= 2.77 y KS=0,02.

** Otros: todas las etnias no incluidas en estas categorías.

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.

En la tabla No 2 se puede ver que el 72,17 % corresponde a adultos jóvenes (20 a 34 años), seguido por los adultos (35 a 64 años) con el 24,35 %; los hombres alcanzan el 92,17 %; el 62,61 % se autoidentifican como mestizos, 10,43 % montubios, 5,22 % indígena; según el estado civil, 83,48 % son solteros y 12,18 % se encuentran con pareja (casado o unión libre).

Tabla Nro. 3
Caracterización de la población de estudio según nivel de instrucción, ocupación, empleo, procedencia y residencia. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

		f (115)	% (100)
Instrucción	Primaria	10	8,70
	Secundaria	45	39,13
	Superior	60	52,17
Ocupación	Empleado	55	47,83
	Informal	22	19,13
	Ninguna	20	17,39
	Estudiante	15	13,04
	Docente	2	1,74
	QQ.DD	1	0,87
	Empleo	Sin empleo	34
Adecuado		30	26,09
Inadecuado		30	26,09
Subempleo		21	18,26
Procedencia	Zona 6	58	50,43
	Extranjero	26	22,61
	Zona 7	11	9,57
	Zona 5	10	8,70
	Zona 4	4	3,48
	Zona 2	3	2,61
	Zona 1	2	1,74
	Zona 3	1	0,87
Residencia	Azuay	110	95,65
	El Oro	2	1,74
	Loja	1	0,87
	Orellana	1	0,87
	EEUU	1	0,87

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.

En la tabla Nro. 3 el 52,17 % de la población tiene instrucción superior, 39,13 % secundaria y 8,70 % primaria; según ocupación el 47,83 % es empleado privado o público, informales 19,13 %, 17,39 % no poseen ningún empleo; el 26,09 % está catalogado como empleo adecuado, 26,09 % y 18,26 % inadecuado y subempleo respectivamente; 77,10 % son ecuatorianos y proceden de la zona 6 (Azuay, Cañar o Morona Santiago) el 50,43 %, zona 7 el 9,57 % (El Oro, Loja o Zamora Chinchipe),

zona 5 el 8,70 % (Santa Elena, Bolívar, Los Ríos), el 22,61 % son extranjeros, en su mayoría de Venezuela; el 95,65 % reside en la Provincia del Azuay.

Tabla Nro. 4

Caracterización de la población de estudio según pareja y tipo de actividad sexual. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

		f (115)	% (100)
Pareja	Si	30	26,09
	No	85	73,91
Pareja sexual con VIH/SIDA	Si	12	10,43
	No	103	89,57
Tipo de actividad	Versátil	64	55,65
	No indica	34	29,57
	Pasivo	10	8,70
	Activo	7	6,09
Número de parejas sexuales	1 a 8	61	53,04
	9 a 600	54	46,96

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.

En la tabla Nro. 4, el 26,09 % de la población de estudio indica que tiene pareja, de los cuales, el 10,43 % de sus parejas tiene también un diagnóstico previo de VIH (código CIE-10 B24), la mayoría considera tener una actividad sexual “versátil” (55,65 %), el número de parejas sexuales con un rango de 1 a 8 corresponde al 53,04 % (media 27,08 \pm 69,18, rango 599).

Tabla Nro. 5

Prevalencia de comorbilidad no definitoria de sida en la población de estudio. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

		F (115)	% (100)
Comorbilidad	Si	36	31,30
	No	79	68,70

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.



En la tabla Nro. 5 el 31,3 % de los pacientes presentó algún tipo de comorbilidad no definitoria de sida.

Tabla Nro. 6

Comorbilidades no definitoria de sida según dislipidemia, sobrepeso/obesidad, síndrome psicopatológico e Hiperplasia Prostática Benigna.

Unidades Operativas Distrito 01D01. Cuenca 2021.

	F (115) % (100)		
Dislipidemias	Si	4	3,48
	No	111	96,52
Sobrepeso/obesidad	Si	1	0,87
	No	114	99,13
Síndrome psicopatológico	Si	32	27,83
	No	83	72,17
Otra	Si	1	0,87
	No	114	99,13
Comorbilidad no definitoria	Si	36	31,30
	No	79	68,70

* Síndrome que hace referencia a depresión y/o ansiedad.

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.

En la tabla Nro. 6 el 27,83 % presenta el síndrome psicopatológico (depresión/ ansiedad), seguido por las dislipidemias (3,48 %).

Tabla Nro. 7
Comorbilidades no definitorias de SIDA y su relación con los factores de riesgo. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

		Comorbilidad				RP	IC 95 %	p
		Si		No				
		f (36)	% (31,30)	f (79)	% (68,70)			
Edad	30 a 69	18	15,65	37	32,17	1,09	0,63-1,87	0,753
	18 a 29	18	15,65	42	36,52			
Sexo	Mujer	3	2,61	6	5,22	1,07	0,40-2,81	0,891
	Hombre	33	28,70	73	63,48			
Género	Heterosexual	11	9,57	17	14,78	1,36	0,77-2,40	0,295
	GLBTI	25	21,74	62	53,91			
Etnia	Mestizo	24	20,87	48	41,74	1,19	0,66-2,13	0,544
	I, M, O	12	10,43	31	26,96			
Estado civil	Pareja	9	7,83	5	4,35	2,4	1,44-3,99	0,005
	Sin pareja	27	23,48	74	64,35			
Instrucción	Superior	15	13,04	40	34,78	2,5	0,20-30,99	0,469
	Primaria y secundaria	21	18,26	39	33,91			
Empleo	Adecuado	11	9,57	19	16,52	1,24	0,70-2,21	0,461
	Inadecuado	25	21,74	60	52,17			
Procedencia	Zona 6	21	18,26	38	33,04	1,32	0,76-2,30	0,309
	Otras zonas	15	13,04	41	35,65			
Pareja con VIH/SIDA	No	33	28,70	70	60,87	1,28	0,46-3,55	0,619
	Si	3	2,61	9	7,83			
Tipo de actividad sexual	Activo/NA	16	13,91	25	21,74	1,44	0,84-2,46	0,184
	Positivo/versatil	20	17,39	54	46,96			
Número de parejas sexuales	9 a 600	17	14,78	37	32,17	1,01	0,58-1,73	0,969
	1 a 8	19	16,52	42	36,52			

** *CND: Comorbilidad no definitoria de SIDA.*

Fuente: base de datos.

Elaborado por: la autora.

En la tabla Nro. 7 no existe relación significativa entre variables, excepto, el estado civil (RP 1,44 IC 95 % 1,44-3,99). El 15,67 % de pacientes entre 30 a 69 años tiene CND, 2,61 % de las mujeres en relación a los hombres (28,7 %) presentan las patologías, heterosexuales alcanzan el 9,57 %, en contra posición de los grupos GLBT (21,74 %), 20,87 % de los mestizos presentan comorbilidad, los casados o



con unión libre el 7,83 %; el 13,04 % de personas con instrucción superior padecen el trastorno, 9,57 % con empleo adecuado, 18,26 % proceden de la zona 6, 29,57 % reside en el Azuay, 9,57 % indica que se encuentra en una relación y de ellas el 2,61 % sus parejas tienen VIH/sida; 17,39 % tiene relaciones tipo pasivas o versátiles y 14,78 % refiere haber tenido entre 9 a 600 parejas sexuales.

Tabla Nro. 8

Regresión Logística de comorbilidades no definitorias de SIDA y su relación con los factores de riesgo. Distrito 01D01. Cuenca 2021.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95 % para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Estado Civil	2,887	1,110	6,770	1	,009	17,941	2,039	157,868
Residencia	1,160	1,036	1,253	1	,263	3,189	,419	24,284
Pareja sexual	,532	,471	1,279	1	,258	1,703	,677	4,282
Constante	-7,998	3,292	5,904	1	,015	,000		

Fuente: *base de datos.*

Elaborado por: *la autora.*

En la tabla Nro. 8 al aplicar regresión logística en diferentes modelos se determina que no existe covariación entre las variables de estudio, manteniendo una relación estadísticamente significativa del estado civil para la generación de las CND.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La pandemia del VIH/sida tiene más de treinta años en el mundo, a partir de ello, la sistematización en la vigilancia epidemiológica de la enfermedad ha mejorado los datos disponibles y la monitorización de la enfermedad (38).

Se realizó el presente estudio con 115 personas que se atienden en las Unidades Operativas de la Oficina Técnica Norte del Distrito 01D04 de la ciudad de Cuenca, en el año 2020 y se determinó la frecuencia de las comorbilidades no definitorias de Sida (CND) y su relación con determinantes sociales de la salud (DSS).

El 74,78 % corresponde a población joven, con edades entre los 18 a 34 años, los adultos (35 a 64 años) alcanzan el 24,35 % y tan solo un paciente adulto mayor formó parte del estudio (0,87 %); los hombres son el grupo más numeroso (92,17 %) con la patología; el 62,61 % se auto identifican como mestizos, seguido por 10,43 % de montubios y 5,22 % de indígenas; según el estado civil, los solteros se encuentran afectados en mayor porcentaje (83,48 %) y 12,18 % se encuentran casados o en unión libre. Alarcón y col en un estudio realizado en la Región de Araucanía – Chile, con 290 pacientes en el año 2018, encontraron, una media de edad de 39,5 años, similar a los resultados de la presente investigación; la mayoría del sexo masculino y mestizos al igual que este estudio (39).

Reis y col (2017), en una población de 650 registros, determinaron que el mayor número de personas, tienen menos de 40 años, la relación entre hombres y mujeres fue similar (40). Caballero y col (2017), con 320 participantes, reportaron una media de edad en hombres, de 35 años vs. 39 años en mujeres (41); estos resultados son coincidentes con lo obtenido en este trabajo. Soto-Camejo (2021) con 347 enfermos, determinó que el mayor porcentaje correspondía a menores de 44 años, el 78,37 % fueron hombres (42). Oliveira y col (2017) indican que el 23,97 % se autoidentifican como blancos (43); este valor difiere de la población caracterizada en la investigación. Ramírez (2018) en su publicación, caracteriza a la población de personas que viven con VIH, y reporta 78,57 % hombres; solteros 64,28 %, acompañados y casados (21,43 y 14,29 % respectivamente), al igual que los resultados de la presente investigación (44). Bravo y Salvador (2019) con 156 pacientes con VIH, concluyeron que el 100 % de los pacientes se auto identificaron



como mestizos (45). En el trabajo de Machado y Makamuta, la edad de entre 15 a 24 años, el sexo femenino, desempleo, estar preso, no tener pareja y tener de cero a dos hijos, se asociaron significativamente con la psicopatología ($p < 0,05$) (46).

En los diferentes trabajos, al compararlos con los resultados del presente estudio, se observa similitud en cuanto a las variables de caracterización como la edad de adultos jóvenes, hombres, etnia mestiza, solteros; estos rasgos se podrían deber al mecanismo de propagación del virus, prácticas sexuales de riesgo, tiempo de la pandemia en el país y forma de propagación; además el manejo de la enfermedad a través de la clínica del VIH, así como los mecanismos de tamizaje implementados en la zona, serían un determinante para estos resultados en la población.

El mayor porcentaje cuenta con instrucción superior (52,17 %), 39,13 % ha llegado a estudios secundarios, mientras que en el 8,70 % su educación es primaria; un porcentaje alto (47,83 %) refiere tener un empleo privado o público, los empleos informales alcanzan el 19,13 %, y el 17,39 % indica no poseer ningún empleo para su sustento; el 26,09 % es catalogado como empleo adecuado y con cierta estabilidad laboral, el 26,09 % y 18,26 % inadecuado y subempleo respectivamente; la mayoría de las personas incluidas en el estudio tienen nacionalidad ecuatoriana (77,10 %) y proceden de la zona 6 (50,43 %), que corresponde a las provincias del Azuay, Cañar o Morona Santiago; un porcentaje representativo (22,61 %) incluye a la población extranjera y en su mayoría originarios de Venezuela; la residencia en el 95,65 % de los casos corresponde a la Provincia del Azuay, posiblemente debido a que la clínica del VIH se encuentra ubicada en esta ciudad y los tratamientos son prescritos por personal especializado del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, lo que hace que prefieran estar cercanos para la valoración, seguimiento y despacho de la medicación.

Ramírez (2018) publicó que 57,14 % tenía educación secundaria, 14,29 % universitaria, concordando con los resultados obtenidos en la investigación (44). Odio y col (2020), en 290 pacientes, en más de 12 años de estudios, reporta que en su mayoría los participantes fueron trabajadores no calificados, 28,9 % brindaban servicios y eran estudiantes en el 5,9 % (47). Oliveira y col (2017) con 147 pacientes, reportaron 79,7 % de población con educación primaria completa, la mayoría con ocupación formal o informal, estos resultados difieren de los obtenidos



por la autora, por lo que deberemos considerar diferencias relevantes en la comprensión de la enfermedad por parte del paciente y el cumplimiento de las recomendaciones médicas, seguimiento y poder adquisitivo y por lo tanto cumplimiento de las prescripciones (43). Al igual que en la mayoría de las investigaciones publicadas y comparadas, el mayor porcentaje tiene estudios de bachillerato o superior, pero difiere de los empleos a los que pueden tener acceso, ya que el mayor número son informales, a diferencia de lo registrado en el presente trabajo, ello indica un grado de discriminación y segregación laboral que es importante a la hora de considerar y analizar la inclusión social de las personas con el síndrome en nuestra sociedad. La mayor parte son de nacionalidad ecuatoriana, con procedencia y residencia en la zona 6, provincia del Azuay, este hecho indica que a pesar del avance en la distribución estratégica de las clínicas del VIH, todavía se encuentra centralizada la atención en la ciudad de Cuenca, con especialistas y dotación de medicación; otro de los factores que podría estar influyendo, sería la imagen y confianza que perciben los pacientes, respecto los servicios y profesionales de la localidad.

El porcentaje más alto se identifica como gay (54,78 %), como bisexuales el 16,52 % y transexuales, el 4,35%; a pesar que en la población general corresponden a grupos minoritarios. Los heterosexuales corresponden al porcentaje restante (menos del 30 %). Tienen pareja el 26,09 %, de los cuales, el 10,43 % de sus convivientes padecen también de VIH al momento de la entrevista; la mayoría (55,65 %) consideran mantener una actividad sexual “versátil”; el 53,04 % (media 27,08 \pm 69,18, rango 599) tiene entre 1 a 8 parejas sexuales, se debe señalar que solo tres personas (2,6 %) mantienen una sola pareja sexual. Oliveira y col publican que el 58,9 % presenta una orientación sexual heterosexual, estos resultados difieren de los encontrados en el estudio, 67,12% tienen pareja, considerándose similar a los presentados en la investigación (43); en otro estudio publicado por el mismo autor, determina 57% de no heterosexuales, este resultado compagina a los encontrados en este estudio (48). Ríos-González y col (2018) en 638 participantes, indican que 89,67 % de los participantes mantienen prácticas sexuales, 35,6 % son homosexuales, 25,47 % son bisexuales, estos resultados son equivalentes a los presentados en esta investigación (49). Abascal y col (2019) en 522 participantes en



Cuba, reportaron que 28,9 % fueron hombres pasivos y con tareas domésticas, equivalentes a los reportados en este trabajo (50). Los resultados son discordantes entre los diferentes estudios probablemente por las características poblacionales utilizadas para las mismas, pero el mayor porcentaje de personas con la patología se encuentran dentro del grupo GLBTI, debido a los factores de riesgo y mecanismos de transmisión del virus, la mayoría de los cuales no tienen pareja estable, presumiblemente porque los abandonaron por su condición actual o posiblemente esta misma situación coadyuvo a buscar parejas sexuales temporales y con alta posibilidad de enfermedades de transmisión sexual; en las personas que sí tienen, su pareja presente la enfermedad en un porcentaje considerable de casos. La prevalencia de comorbilidades no definitorias de sida en la población de estudio es baja, alcanza el 31,3 %, se encuentra por debajo del porcentaje planteado en la hipótesis (41,8 %), de los cuales el síndrome psicopatológico (depresión/ ansiedad) es el más representativo (27,83 %), seguido por dislipidemias en el 3,48 %, el sobrepeso y la hiperplasia prostática benigna se encontró en un solo paciente en cada caso (3,48 %). El 15,67 % de los pacientes en las edades comprendidas entre 30 a 69 años tienen CND; 2,61 % de las mujeres en relación a los hombres (28,7 %) presentan las patologías no definitorias de sida; los heterosexuales alcanzan el 9,57 % en contra posición de los grupos GLBTI (21,74 %) en donde es más frecuente su presencia; 20,87 % de los mestizos presentan la comorbilidad, las personas con alguna relación estable presentan el mayor porcentaje de comorbilidades, de ellos los casados o con unión libre, del total general, alcanzan el 7,83 %, siendo esta variación estadísticamente significativa como factor de riesgo (RP 2,4 IC 95 % 1,44-3,99) y con resultados que no se deben al azar ($p < 0,00$), convirtiéndose en la única variable con significancia; 9 personas con instrucción superior (7,83 %) la padecen, concluyendo que mientras mayor es el grado de instrucción existe un incremento de la presencia de las CND, pero sin relación significativa ($p > 0,05$); el empleo adecuado incrementa la frecuencia, pero sin relación significativa; 18,26 % proceden de la zona 6 y de ellos la provincia del Azuay es la más representativa (29,57 %); 9,57 % de los que tienen empleo adecuado presentan la comorbilidad; el 2,61 % de los que tiene pareja con VIH/sida sufren de la enfermedad, incrementando el riesgo pero sin significancia estadística; relaciones tipo pasivas o versátiles (17,39 %)



disminuyen el riesgo de presentar las comorbilidades y 14,78 % refiere haber tenido entre 9 a 600 parejas sexuales, determinando un incremento del porcentaje de riesgo sin llegar a determinar relación estadísticamente significativa entre variables. Al aplicar modelos de regresión logística con múltiples escenarios se determina que se mantiene la única variable con significancia, el tener pareja estable en el estado civil, todas las demás situaciones no generan covariación significativa entre las variables de estudio. Benton y col (2019) determinaron que la depresión y el sida son afectaciones que coexisten y frecuentes entre las personas que viven con el virus, este estudio analítico es similar a los resultados encontrados en esta investigación (51); las respuestas farmacológicas integradas y con una identificación oportuna de las comorbilidades, son claves en la mejora de las respuestas neuropsiquiátricas o somáticas entre las personas que viven con VIH/sida, como lo manifiestan Borran y col (2021) (52).

En la Revisión Sistemática (RS) efectuada por Ayano y col (2021) en el que se incluyeron un total de diez estudios para el análisis final, con 2642 individuos viviendo con VIH/sida, el metanálisis final determinó que más de $\frac{1}{4}$ de los adolescentes con VIH tenían depresión 26,07 % (IC 95 %: 18,92-34,78). La prevalencia mayor fue entre las mujeres adolescentes (32,15 %), y con mayor edad 15 a 19 años (37,09 %) (53), estos resultados, a pesar que corresponden a poblaciones diferentes, al enfocarse exclusivamente en adolescentes, muestran que la presencia de la comorbilidad no definitoria es mayor a la encontrada en la presente investigación. Uno de los posibles sesgos pudiera deberse a que se consultó en la historia clínica y no se aplicó un test validado y específico para el efecto. Machado y Makamuta (2019) en 741 pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana y sida, atendidos en el Hospital Central de Nampula, hallaron en el mayor porcentaje (70,7 %) síntomas psicológicos como trastornos adaptativos (18,7 %), trastorno depresivo mayor (16,8 %), psicosis (10,5 %), trastornos de personalidad (5 %) y trastorno distímico (3,6 %); estos son mayores a los encontrados en el estudio, probablemente porque se efectuó en un área hospitalaria y de por sí, ello representa ingresos por deferentes complicaciones de salud y un incremento del estrés, que en algunos casos puede llegar a ser tan intenso con requerimiento de apoyo terapéutico (46). Romero-Torres (2017) de un



total de 80 pacientes hospitalizados, según la Escala de Ansiedad de Hamilton, determinaron en el 90 % del grupo con VIH/sida, depresión y 82 % en el grupo control comparativo ($p = 0,002$), este estudio analítico al igual que el anterior, se desarrolló en pacientes con reagudizaciones de patologías tanto definitorias de sida como no definitorias, estas discrepancias se deberían a las distintas poblacionales comparadas (54). Canales-Zavala (2019) indica que la interacción entre los síntomas producidos por el VIH con la ansiedad y depresión, hace más compleja la adherencia al tratamiento de las personas seropositivas y a su vez deterioran la calidad de vida, este estudio en sus conclusiones determina una relación entre el VIH, las psicopatológicas y la adherencia a los tratamientos de manera relevante; en este trabajo no se investiga tratamiento, pero se obtiene un dato muy importante que es la presencia de las enfermedades mentales, que podrían estar modeladas como variables independientes, moderadoras o intervinientes (55). En el estudio de Bravo y Salvador (2019) con una muestra de 156 pacientes con VIH, tuvo predominio el estado nutricional normal, los valores de triglicéridos, HDL bajo y LDL alto, se presentan en más del 50 % de los pacientes, la prevalencia de dislipidemia fue muy alta 86,5 %; se puede observar entonces, que la mayoría de pacientes a pesar de mantener una adecuada nutrición, presenta altas prevalencias en las alteraciones metabólicas, al contrario de lo obtenido en esta investigación, con muy pocos casos (45). Meza-Montoya y Núñez-Castro (2019) mediante el índice de masa corporal (IMC), identificaron que el 43,3 % de los pacientes, se encuentran en la clasificación normal y el 54,9 % sobre lo normal, en este estudio se observa al contrario del anterior, que se ha incrementado el sobre peso en los pacientes con VIH (56). García y col (2019) en 277 pacientes, realizaron valoración antropométrica, se aplicó una encuesta de frecuencia de consumo alimentario y de estilo de vida, encontrando que el 64 % era de sexo femenino; 51,33 % con normopeso, 28 % con sobrepeso y 17 % con obesidad, en dicha publicación, el sobrepeso y obesidad es mayor a la encontrada en la investigación; esto se puede deber a la evolución de la enfermedad, anorexia provocada, efectos secundarios de la medicación y estados de salud mental y su manejo por parte de los equipos multidisciplinares con los que cuente los establecimientos de salud, de igual manera influye la concepción que se tenga culturalmente sobre el estado nutricional en sus lugares de origen o de



tratamiento (57). Bailin (2020) señala que las terapias de antiretrovirales (TAR) contemporáneas son a su vez contribuyentes al aumento de peso, convirtiéndose en causa de las comorbilidades no definitorias de sida, aunque los mecanismos no están claros y necesitan mayor investigación, todas estas variables se convierten en factores que favorecen el incremento de enfermedades metabólicas en la población con VIH y se ha visto que continúa según avanza la edad (58). Husain y col (2017) descubrieron que la prevalencia de trastornos metabólicos como la diabetes en la población con VIH en África varía entre 2,1 % al 26,5 % y del 20,2 % al 43,5 % para la prediabetes, del 13 % al 58 % para el síndrome metabólico y del 13 % al 70 % para la dislipidemia, estos hallazgos son mayores a los encontrados en la presente investigación, probablemente por que los datos fueron tomados al momento del diagnóstico, es decir, previo a la atención por el especialista con la debida investigación de comorbilidades o porque fueron recopilados de las contrarreferencias y no directamente, convirtiéndose en una limitación (59).

En una revisión sistemática (RS) realizada por Naidu y col en el año 2017 identificaron que la prevalencia de la Enfermedad Metabólica (EM) en la población que vive con VIH/sida aumenta en proporciones epidémicas a nivel mundial, sin embargo, la magnitud y las características de la EM no están completamente aclaradas en los países en desarrollo, la prevalencia de EM varía entre 8,4 % al 47 % en las regiones en desarrollo, el colesterol alcanzó el 50,1 % (60). Como se puede observar en las investigaciones citadas, al igual que en nuestros resultados, la depresión/ansiedad, dislipidemia y la hiperplasia prostática benigna están presentes en la población, aunque en porcentajes mayores respecto a los encontrados en este trabajo



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

1. En el estudio se recolectó 115 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de VIH/sida, la mayoría de las PVV fueron adultos jóvenes, del sexo masculino, pertenecientes al grupo GLBTI, a pesar de ser grupo minoritario; de etnia mestiza. La mayoría no tiene pareja estable y tampoco cuenta con empleo adecuado.
2. La frecuencia de comorbilidades no definitorias de sida fue baja (31,3 %), en relación a los estudios comparados y la hipótesis planteada en la presente investigación.
3. Se estableció relación estadísticamente significativa entre las comorbilidades no definitorias de sida, únicamente, con las personas que cuentan con pareja (RP 2,4 IC 95 % 1,44-3,99).
4. No se encontró relación con la edad, sexo, nivel de instrucción, empleo, procedencia, residencia, identidad de género, número de parejas sexuales, (valor $p > 0,05$), por lo que no se rechaza la hipótesis nula sometida a prueba.
5. Es posible que las bajas prevalencias y la ausencia de asociación entre las variables, se deba a la metodología utilizada para la recolección de la información, resultando insuficiente la revisión de las historias clínicas para conocer el historial sexual.



CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- ✓ Vigilar e investigar las comorbilidades no definitorias de sida, con los factores asociados, en los pacientes que acuden a los establecimientos de salud, ya que a pesar de presentarse con prevalencias bajas y sin asociación, en la mayoría de casos, son factores que contribuyen en las respuestas a los tratamientos, como lo demuestran otras investigaciones.
- ✓ Impulsar nuevos trabajos de investigación en esta línea, con diferentes diseños metodológicos y poblaciones, como la de adolescentes, ya que ellos son uno de los grupos más vulnerables y es dicha edad en la que, generalmente, se contrae la enfermedad.
- ✓ Profundizar en el historial sexual mediante diferentes diseños metodológicos como los fenomenológicos, estudios de casos y entrevistas a profundidad.
- ✓ Utilizar los resultados del estudio, para generar políticas de Salud Pública de prevención de la transmisión, enfocadas especialmente en la población joven y los grupos GLBTI.
- ✓ Generar proyectos de intervención en promoción y prevención para contribuir en mejorar la calidad de vida de los PVV y adecuar los servicios de salud en el Distrito 01D04 y las clínicas del VIH de la Zona 6, para una intervención integral biológica psicológica y social de los pacientes, a través de equipos multidisciplinarios y capacitados.



CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo L, Antonio J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN. julio de 2014;18(7):993-1013.
2. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Lancet. 23 de febrero de 2019;393(10173):791-846.
3. Gol-Montserrat J, Llano JE del, Amo J del, Campbell C, Navarro G, Segura F, et al. VIH en España 2017: políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 24 de mayo de 2021];92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100305&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. Lancet. 26 de julio de 2008;372(9635):293-9.
5. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996-2006: collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. Clin Infect Dis. 15 de mayo de 2010;50(10):1387-96.
6. Bazán-Ruiz S, Chanamé Pinedo LE, Maguiña Vargas C. Adherencia al TARGA en VIH /SIDA: Un Problema de Salud Pública. Acta Médica Peruana. abril de 2013;30(2):101-2.
7. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud pública Méx. abril de 2006;48:141-50.
8. ONUSIDA. Un nuevo informe de ONUSIDA indica que el 75 % de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico | ONUSIDA [Internet]. 2018 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2018/november/20181122_WADreport_PR
9. CEDISIDA. Conocer las comorbilidades asociadas al VIH es esencial para poder preservar una buena calidad de vida a largo plazo [Internet]. Cesida. 2014 [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://cesida.org/blog/noticias/comorbilidades-vih/>
10. ONUSIDA. 90-90-90: Tratamiento para todos [Internet]. 2013 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
11. MSP. Monitoreo Global del Sida. 2017.



12. OMS/OPS. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021 [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/es/>
13. Zulaika D, Agirrebengoa K, Andía A, Arrizabalaga J, Bustillo JM, Cámara MM, et al. Características epidemiológicas de las nuevas infecciones causadas por el VIH comparadas con los casos de sida: La epidemia de VIH/ sida en el País Vasco. *Gac Sanit.* abril de 2004;18:145-9.
14. Hernández I, Barzallo J, Beltrán S, Castillo A, Cevallos N, Hernández P, et al. Increased incidences of noninfectious comorbidities among aging populations living with human immunodeficiency virus in Ecuador: a multicenter retrospective analysis. *HIV AIDS (Auckl)*. 2019;11:55-9.
15. MSP. VIH – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/vih/>
16. Jesús Martín M, Rojas D, Manuel Martínez J, Miguel Sánchez J, Remor E, Romero J del. La prevención del VIH/SIDA en el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH): Ejemplos de intervenciones preventivas individuales, grupales y comunitarias. *Clínica y Salud*. septiembre de 2008;19(2):205-29.
17. Avilés T, Dario R. Incidencia de enfermedades concomitantes en pacientes con VIH de 18 a 40 años [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44057>
18. Vinaccia Alpi S, Fernández H, Quiceno JM, López Posada M, Otalvaro C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*. julio de 2008;26(1):125-32.
19. Cardona-Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Rev salud pública*. octubre de 2010;12:765-76.
20. ONUSIDA. El VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible | ONUSIDA [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs
21. Acosta-R ME, Orozco-R L, Pinto-R E, Herdoiza A. Índice de estigma y discriminación a poblacion clave, en los servicios de salud de 9 ciudades del ecuador. 2018.
22. ONUSIDA. Reunión de alto nivel sobre el sida [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/Homepage>



23. ONUSIDA. El VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible | ONUSIDA [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs
24. MSP, DIS. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj3sZSO_rLxAhVeTDABHamWCuMQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fhealthresearchweb.org%2F%3Faction%3Ddownload%26file%3DPrioridades20132017.pdf&usg=AOvVaw06iVm1vDXwbjIRXNfZ238B
25. OMS/OPS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2021 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
26. Plaza RC. Factores de riesgo en la adquisición de VIH/SIDA entre varones participantes del circuito homoerótico comercial en Xalapa, Veracruz. Salud Problema. 21 de mayo de 2007;(16):5-18.
27. Espinoza Aguirre A. Tendencias y factores de riesgo del VIH-SIDA en Costa Rica, 1983 al 2001. Revista Costarricense de Salud Pública. diciembre de 2006;15(29):35-43.
28. Carniseer-Pont D, Vives N, Casanoba-Barbara J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. ELSEVIER. 2011;29(2):144-51.
29. UNAIDS/JC2910E. State of the AIDS epidemic. 2017.
30. Caballero-González E, Moreno-Gelis M, Sosa-Cruz ME, Figueroa EM, Hernandez-Vega M. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. :10.
31. Liscano-Pinzon YD, Estrada-Montoya JH. Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA | Acta Odontológica Colombiana [Internet]. 2015 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/52285>
32. Espinoza E. Un virólogo de cepa dura; descubridor del VIH [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/global/2017/08/18/1182463>
33. Smith CJ, Ryom L, Weber R, Morlat P, Pradier C, Reiss P, et al. Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. Lancet. 19 de julio de 2014;384(9939):241-8.



34. Naranjo FL de L. Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por el VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2014;2(3):18-32.
35. OMS/OPS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
36. Ibrahim F, Hamzah L, Jones R, Nitsch D, Sabin C, Post FA, et al. Baseline kidney function as predictor of mortality and kidney disease progression in HIV-positive patients. *Am J Kidney Dis*. octubre de 2012;60(4):539-47.
37. Lavanguardia. La comorbilidad aumenta en personas con VIH o SIDA, según un estudio [Internet]. 2019 [citado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190213/46442970152/la-comorbilidad-aumenta-en-personas-con-vih-o-sida-segun-un-estudio.html>
38. León_Rosales SP de, Rodríguez-Álvarez M. La situación actual del VIH/SIDA en el mundo. 2010;10:146-408.
39. Alarcón AM, Chahin C, Muñoz S, Wolff M, Northland R, Alarcón AM, et al. Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Revista chilena de infectología*. 2018;35(3):276-82.
40. Reis RK, Santos Melo E, de Castro Castrighini C, Gimenez Galvão MT, Toffano-Malaguti SE, Gir E, et al. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud mental*. abril de 2017;40(2):57-62.
41. Caballero-Suárez NP, Rodríguez-Estrada E, Candela-Iglesias M, Reyes-Terán G, Caballero-Suárez NP, Rodríguez-Estrada E, et al. Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud mental*. febrero de 2017;40(1):15-22.
42. Soto-Camejo C, Camejo-Pérez C, Soto-Martínez O, Matos-Jarrosay A, Luciano-Aguilar D, Soto-Camejo C, et al. Caracterización de la infección por VIH/sida en el municipio Guantánamo. *Revista Información Científica [Internet]*. abril de 2021 [citado 25 de junio de 2021];100(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332021000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
43. Oliveira FBM, Queiroz AAFLN, Sousa ÁFL de, Moura MEB, Reis RK. Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. octubre de 2017;70:1004-10.
44. Ramírez RR, Valcárcel RF, Herrera NV, Valcárcel GNM, Carballosa YC, Suárez BC. Caracterización de pacientes con VIH/sida en un área de salud Guatemala, Mayarí, Cuba. *Cuba y Salud*. 2018;13(3):6-14.



45. Bravo P, Salvador C. Prevalencia de dislipidemia al tratamiento antiretroviral en pacientes infectados con VIH/SIDA, en el Hospital José Carrasco Arteaga, enero – octubre 2019. Cuenca – Ecuador. Universidad Católica de Cuenca [Internet]. 2019 [citado 25 de junio de 2021]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8658>
46. Machado AV, Mukamutara J. Psicopatología y características sociodemográficas en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Acta Med Cent.* 2019;13(2):208-20.
47. Odio CMG, Santamarina KG. Caracterización de los pacientes con sida en Palma Soriano, enero 2014-diciembre 2018. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 25 de junio de 2021];57(0). Disponible en: <http://revalidologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/286>
48. Oliveira FBM, Queiroz AAFLN, Sousa ÁFL de, Moura MEB, Reis RK. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. *Rev Bras Enferm.* octubre de 2017;70:1004-10.
49. Rios-González CM, Verón-Mellid FG, Benedictis-Serrano GAD, Flores-Enríquez JF, Chirino-Cacedo AD, Rios-González CM, et al. Risk practices for HIV transmission among medical students in Latin America and the Caribbean, 2017. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud.* agosto de 2018;16(2):49-54.
50. Abascal IEC, Bernal ZD, Llody YAB. Situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019 [citado 25 de junio de 2021];41(6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95462>
51. Benton TD, Kee Ng WY, Leung D, Canetti A, Karnik N. Depression among Youth Living with HIV/AIDS. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* julio de 2019;28(3):447-59.
52. Borran M, Dashti-Khavidaki S, Khalili H. The need for an integrated pharmacological response to the treatment of HIV/AIDS and depression. *Expert Opin Pharmacother.* junio de 2021;22(9):1179-92.
53. Ayano G, Demelash S, Abraha M, Tsegay L. The prevalence of depression among adolescent with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Res Ther.* 27 de abril de 2021;18(1):23.
54. Romero-Torres JMR. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. Otras enfermedades infectocontagiosas. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat.* 15 de marzo de 2017;42(1-4):25-31.
55. Canales-Zavala MA, Hernández-Ruiz AV, González-Venegas S, Monroy-Avalos AC, Velázquez-Camarillo AA, Bautista-Díaz ML. Calidad de vida, sintomatología



- de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud: Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 5 de diciembre de 2019;8(15):80-91.
56. Meza-Montoya ME, Núñez-Castro AM. Relación entre dislipidemia y uso de antirretrovirales en pacientes atendidos en la clínica de VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, periodo marzo-agosto 2018. 2019 [citado 25 de junio de 2021]; Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7285>
 57. García WAG, Morante LAT, Hernández NBA, Cedeño WRG, Menendez ESM, Solórzano DYM, et al. Patrones alimentarios relacionados al estado nutricional en pacientes con VIH del Hospital Guayaquil. RECIMUNDO. 24 de octubre de 2019;3(3):1384-400.
 58. Bailin SS, Gabriel CL, Wanjalla CN, Koethe JR. Obesity and Weight Gain in Persons with HIV. Curr HIV/AIDS Rep. abril de 2020;17(2):138-50.
 59. Husain NE, Noor SK, Elmadhoun WM, Almobarak AO, Awadalla H, Woodward CL, et al. Diabetes, metabolic syndrome and dyslipidemia in people living with HIV in Africa: re-emerging challenges not to be forgotten. HIV AIDS (Auckl). 2017;9:193-202.
 60. Naidu S, Ponnampalvanar S, Kamaruzzaman SB, Kamarulzaman A. Prevalence of Metabolic Syndrome Among People Living with HIV in Developing Countries: A Systematic Review. AIDS Patient Care STDS. enero de 2017;31(1):1-13.



CAPÍTULO X ANEXOS

Anexo Nro. 1

Autorización de la Responsable de la oficina técnica Cuenca Norte de la Dirección Distrital 01D04.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zonal 6 - Salud
Dirección Distrital 01D01

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2020-0156-O

Cuenca, 23 de julio de 2020

Asunto: RESPUESTA: Tesis para Magister en Epidemiología Universidad de Cuenca

Medico
Andrea Cristina Bersosa Webster
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, en respuesta al Documento N° MSP-CZ6-01D01-VAU-2020-0258-E, se informa que en base a la normativa legal vigente, previa la autorización para uso de la información requerida, es necesario contar con el documento de aprobación del proyecto por parte de la Universidad.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Od. Liliana Patricia Rosales Ullauri
DIRECTORA DISTRITAL 01D01 (E)

**Anexo Nro. 2****OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años	# de años registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Menos de 15 15 a 19, 20 a 39, 40 a 64, > a 65
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres. Considerado en este caso, ya que no se contempla género.	Condición Biológica	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Hombre Mujer Intersexual: que presenta conjuntamente caracteres sexuales masculinos y femeninos.
Nivel de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nivel más alto de estudios concluidos	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Ninguno: personas que no saben leer ni escribir. Primer nivel: personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios. Primaria, Segundo nivel: estudios de Bachillerato Elemental. Tercer nivel: título universitario como



				Ingenieros, enfermería, etc. Cuarto nivel: doctorados, magíster, especializaciones (49)
Empleo	Toda actividad productiva realizada para terceros, por una persona en edad de trabajar, cuya finalidad principal es generar ingresos (50).	Clasificación de las personas con empleo según condición de actividad(50).	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Empleo adecuado: satisfacen condiciones laborales mínimas, en cuanto a sus ingresos y jornada laboral, establecidos por ley. Empleo inadecuado: que no satisfacen las condiciones mínimas de horas o ingresos, es decir, durante la semana de referencia trabajan menos de 40 horas, y/o en el mes anterior al percibieron ingresos laborales menores al salario mínimo. Subempleo: insuficiencia de ingresos e insuficiencia de tiempo de trabajo. Otro empleo inadecuado: personas con empleo que poseen una insuficiencia en



				<p>horas y/o ingresos y no tienen el deseo y disponibilidad de trabajar horas adicionales.</p> <p>Empleo inadecuado no remunerado: personas con empleo en la semana de referencia y que, en el mes anterior, no percibieron ingresos laborales. En esta categoría están los trabajadores del hogar no remunerado, trabajadores no remunerados en otro hogar y los ayudantes no remunerados deasalarizados y jornaleros.</p> <p>Empleo no clasificado: son aquellas personas con empleo que no se pueden clasificar como adecuados o inadecuados, por falta de información en lo que respecta a ingresos y horas de trabajo. Se construye como residuo del resto de</p>
--	--	--	--	--



				categorias (50).
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Tipología del sistema ecuatorian o de registro civil.	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
Residencia	Lugar donde se reside por más de 6 meses.	Espacial	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Ciudad, Provincia o País
Procedencia	Lugar del que proviene una persona.	Espacial	Dato registrado en la base de datos de la oficina técnica 01D01, Distrito 01D04	Ciudad, Provincia o País
Identidad de género	Alude a la percepción subjetiva que un individuo tiene	Percepción subjetiva(LGBTQ)	Dato registrado en la base de datos de la	Lesbiana: mujer que siente atracción hacia



	<p>sobre sí mismo en cuanto a su propio género, que podría o no coincidir con sus características sexuales.</p>		<p>oficina técnica 01D01, Distrito 01D04</p>	<p>otra mujer. Gay: hombre que siente atracción hacia otro hombres. Bisexual: atracción romántica, sexual o la conducta sexual dirigida hacia hombres y mujeres; o identidad de género. Transexual: que adquiere las características físicas de las personas del sexo contrario mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Queer: término general para las personas cuya identidad de género no está incluida o trasciende la dicotomía hombre/mujer. (51)</p>
--	---	--	--	---



Comorbilidad asociada	La presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial.	Existencia de diagnóstico médico de comorbilidades definitorias	Enfermedad registrada en la historia clínica (7 principales comorbilidades)	Dislipemia Sobrepeso/obesidad Pre-diabetes Depresión Hipertensión Diabetes Osteoporosis Otras
-----------------------	---	---	---	--