



2008,14(1),81-99

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS VIH POSITIVAS CON LIPODISTROFIA

María Dolores García Sánchez, y Antoni Font Guiteras

Universidad Autónoma de Zacatecas, Mexico

Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen: Los objetivos de este estudio fueron dos: 1) Observar si el síndrome de lipodistrofia en personas VIH positivas se relaciona con su calidad de vida, 2) conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan las personas con lipodistrofia y analizar si existe alguna relación entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida. Se evaluaron a 134 personas infectadas con el VIH que posteriormente se dividieron en dos grupos: sujetos sin lipodistrofia (n=73, 54%) y sujetos con lipodistrofia (n= 61, 46%). Al comparar la calidad de vida entre los dos grupos, se encontró una diferencia significativa ($p = .042$) en la subescala "malestar emocional" del cuestionario. Los sujetos con lipodistrofia utilizan distintas estrategias de afrontamiento tanto positivas como negativas frente a sus problemas de salud, entre las que predominan "no buscar ayuda en los demás", "seguir las prescripciones médicas", "pensar en superarlo uno mismo", y "mantener la esperanza y sentirse optimista". Se hallaron relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y todos los niveles de calidad de vida (síntomas, autonomía personal, satisfacción familiar y social y, estado emocional) analizados mediante las correspondientes subescalas del cuestionario de calidad de vida. En conclusión, la lipodistrofia puede disminuir la calidad de vida a nivel emocional, ante la presencia de determinadas estrategias de afrontamiento.

Palabras Clave: calidad de vida, estrategias de afrontamiento, virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), lipodistrofia.

Abstract: The aims of this study were two: 1) To observe if lipodystrophy syndrome in HIV positive people is related to their quality of life, and 2) to analyze the coping strategies used by people with lipodystrophy and if these have any connection with their quality of life. One hundred and thirty four people infected with HIV were assessed and divided into two groups: subjects without lipodystrophy (n=73, 54%) and subjects with lipodystrophy (n=61, 46%). When comparing the two groups' quality of life, a significant difference ($p = .042$) in the subscale "emotional discomfort" of the questionnaire was found. When dealing with health problems, subjects with lipodystrophy use different coping strategies, both positive and negative. The most common are "not requesting help from others", "following the doctor's prescription", "think about overcoming it on your own", and "feeling hopeful and optimistic". Significant relations were found between the coping strategies used and all the quality of life questionnaire subscales. In summary, lipodystrophy may reduce quality of life at an emotional level when certain coping strategies are adopted.

Key words: Quality of life, coping strategies, human immunodeficiency virus (HIV); lipodystrophy.

Title: *Quality of life and coping strategies in HIV positive people with lipodystrophy*

Introducción

El síndrome de lipodistrofia se ha convertido en un problema común entre las

personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Este efecto secundario suele aparecer en promedio diez meses después de iniciado el tratamiento, su etiología se considera multifactorial al asociarse tanto a los inhibidores de la proteasa (Carr, 1999; Carr, Samaras, Thorisdottir, Kauffmann, Chisholm et al.1999) como a los in-

*Dirigir la correspondencia a
María Dolores García Sánchez
Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068
Zacatecas, Zac., México.
Correo electrónico: lolisgarcia@hotmail.com
Tel. (492) 924-19-34.

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

hibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleósidos (Saint-Marc, Partisani, Poizot-Martin, Rouviere, Bruno et al. 2000). Otros factores propios del huésped como la edad, la raza blanca y el sexo femenino también se han asociado a un mayor riesgo de desarrollar lipodistrofia (Bogner, Viealhauer, Beckmann, Michl, Wille et al. 2001; Martínez, Mocroft, García-Viejo, Pérez-Cuevas, Blanco et al. 2001).

La lipodistrofia produce alteraciones metabólicas (hiperlipemia y resistencia a la insulina) y redistribución de la grasa corporal, la cual puede aumentar (lipohipertrofia) o disminuir (lipoatrofia). Tanto el aumento como la disminución de la grasa pueden coexistir en un mismo paciente y no necesariamente implican una variación en el peso corporal, sino una distribución diferente de la grasa. La lipohipertrofia se puede observar en la acumulación de grasa en el abdomen, en la región dorso-cervical y el pecho. En la lipoatrofia, la pérdida de grasa se aprecia en la cara, los brazos, las piernas y los glúteos.

La valoración objetiva con algunos instrumentos para medir la acumulación o pérdida de grasa, como las técnicas radiológicas, la ecografía, la tomografía computerizada, la resonancia magnética y las medidas antropométricas, por citar algunas, presentan diversos inconvenientes por su falta de estandarización en algunas de ellas, en otras porque su evaluación se realiza a través de estimaciones indirectas, o bien por su elevado coste en cada exploración, lo que dificulta su uso en la rutina médica (Domingo, 2002).

Ante la falta, por ahora, de un consenso en la definición diagnóstica de la lipodistrofia, la estrategia más común es la información que aporta el paciente acerca de su percepción de los cambios físicos con confirmación del médico o bien cuando es identificada por el médico y aceptada por

el paciente (Carr y cols. 1999). No obstante, continúan los esfuerzos por establecer criterios válidos y objetivos en la definición (Carr, Emery, Law, Puls, Lundgren et al. 2003), aunque, hasta la fecha, parece que todavía no se ha logrado (véase, por ejemplo, las conclusiones del trabajo de Guaraldi y colaboradores, 2006).

Por otro lado, se ha observado que la lipodistrofia no es completamente reversible; por lo que se han propuesto diferentes intervenciones con el fin de obtener beneficios que contrarresten sus efectos como, por ejemplo, el cambio de tratamiento o su interrupción controlada, la cirugía para los trastornos morfológicos o bien programas de dieta y ejercicios (Chastain, Chastain y Coleman, 2001; Gervasoni, Ridolfo, Rovati, Vaccarezza, Carsana et al. 2002; Jones, Doran, Leatt, Maher y Pirmohamed, 2001; Martin, Smith, Carr, Ringland, Amin et al. 2004; Martínez, 1999; Moyle, Baldwin y Phillipot, 2001).

Las repercusiones a largo plazo de las alteraciones metabólicas asociadas a la lipodistrofia no son del todo conocidas, no obstante, la hiperlipemia y la resistencia a la insulina constituyen factores de riesgo cardiovascular para al menos la mitad de pacientes que reciben inhibidores de proteasa (Behrens, Stoll y Schmidt, 2000; Barbaro, 2006). En cuanto a los cambios corporales producidos por la redistribución de la grasa, pueden generar problemas locales como dificultad en los movimientos cervicales (en casos de acumulo de grasa cervical), molestias de distensión y dispepsia (en casos de obesidad abdominal) e incomodidad al sentarse, por la pérdida de grasa en los glúteos (Martínez y Gatell, 1999). Por otro lado, diversos estudios empíricos han demostrado que los cambios en la imagen corporal atribuidos a la lipodistrofia producen un grave impacto psicosocial en las personas infectadas con el VIH (Corless, Nicholas, McGibbon y Wil-

son, 2004) problemas relativos a la autoestima, relaciones sociales, ansiedad y depresión (Collins, Wagner y Walmsley, 2000; Power, Tate, McGill y Taylor, 2003), dificultades en la conducta sexual y el bienestar (Dukers, Stolte, Albrecht, Coutinho y De Wit, 2001), así como la estigmatización social al sentirse reconocibles como portadores del VIH por su apariencia física (James, Carruthers y Carruthers, 2002; Oette, Juretzko, Kroidl, Sagir, Wettstein et al. 2002), o el empeoramiento de la calidad de vida en general (Echavez y Horstman, 2005; Nicholas, Kirsey, Corless y Kempainen, 2005; Sax, P.E. y Gathe, J.C., 2005). En cuanto a la adhesión al tratamiento, ésta puede resultar particularmente vulnerable al fracaso en aquellas personas VIH positivas que perciben cambios corporales relacionados con la lipodistrofia (Duran, Savès, Spire, Cailleton, Sobel et al. 2001), aunque todavía no se conoce con precisión el papel moderador de variables más estudiadas como la ansiedad, la depresión y el estrés (Orejudo et al. 2006).

Ante los problemas físicos y psicosociales de la lipodistrofia que acabamos de señalar, no se descarta la existencia de un posible deterioro en la calidad de vida cotidiana de las personas seropositivas al VIH que la presentan. De acuerdo con Mead, van den Boom y van Dam (1994), "calidad de vida" en relación con la salud es un constructo hipotético que necesita ser operacionalizado. En este estudio, se entiende por calidad de vida la valoración que hace el paciente respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo (Font, 1988, 1994).

Actualmente hay pocos estudios publicados que hayan evaluado objetivamente la calidad de vida en personas con lipodistrofia, lo que posiblemente se deba a las limitaciones inherentes de los cuestionarios hasta ahora disponibles (Burgoyne et al.

2005). En su mayoría, los cuestionarios específicos para el VIH/SIDA fueron diseñados antes de la aparición del tratamiento antiviral TARGA y la lipodistrofia, cuando el SIDA aun no se le consideraba como enfermedad crónica. Por ejemplo, el MOS-HIV (Medical Outcomes Study-HIV) que es el instrumento de referencia en estudios clínicos, no contiene ningún ítem relacionado con la imagen corporal (Martínez, García-Viejo, Blanch y Gatell, 2001), el cual es un factor crucial al momento de valorar el impacto de la lipodistrofia, así como cualquier otra afectación corporal producida por los nuevos tratamientos o el curso mismo de la enfermedad.

En algunos estudios se han tratado de adecuar algunos instrumentos estandarizados para evaluar el impacto de la lipodistrofia sobre la calidad de vida, como el realizado por Blanch, Rousaud, Martínez, De Lazzari, Peri, Milinkovick, et al. (2002). En este estudio se utilizó el cuestionario PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) en su versión española del PCL (Profil der Lebensqualität Chronischkranker). Sus resultados no mostraron diferencias en el PECVEC entre los pacientes con y sin lipodistrofia. Sin embargo al estratificar a los sujetos en categorías se observó que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los sujetos desempleados y aquellos con tratamiento psiquiátrico mostraron un gran deterioro en algunas escalas de calidad de vida relacionadas con el bienestar psicológico si ellos se encontraban afectados por la lipodistrofia. Los autores de este estudio concluyen que posiblemente al no haber encontrado diferencias entre quienes tenían lipodistrofia y quienes no, se debiera, por un lado, a que el instrumento no era el apropiado para medir tales diferencias y, por el otro, a que el impacto sobre la calidad de vida depende de ciertas características de los sujetos, más que a la presencia de la lipodistrofia en sí misma.

Ante la posibilidad de que la lipodistrofia no altere de la misma manera la calidad de vida de las personas seropositivas al VIH, se tendrían que considerar otros factores que posiblemente estén modulando la calidad de vida, como sería el caso de las estrategias de afrontamiento.

Diversas investigaciones han evaluado el afrontamiento en relación al VIH/SIDA, hallándose por ejemplo, que el afrontamiento de evitación está asociado a un aumento de estrés psicológico (Carrobbles, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003; Namir, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, 1987; Stein y Rotheram-Borus, 2004; Storosum, Van-den-Boom, Van-Beuzekom y Sno, 1990), mientras que el afrontamiento conductual activo está asociado con una disminución de estrés psicológico (Nicholson y Long, 1990). Otros autores, como Basabe, Iraurgi, Páez e Insua (1996) después de una revisión de 24 investigaciones empíricas que evaluaban el afrontamiento en el contexto del VIH, llegaron a las siguientes conclusiones generales: tanto en las investigaciones de tipo transversal como longitudinal, el afrontamiento de evitación aumenta la sintomatología y la depresión y disminuye la respuesta inmune, mientras que el afrontamiento activo disminuye la depresión y la sintomatología.

Respecto a las estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida en personas seropositivas al VIH, algunos estudios han hallado que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con una mejor calidad de vida, no así cuando el afrontamiento está centrado en la emoción y la evitación o ante el uso de estrategias inadecuadas (Swindells, Mohr, Justis, Berman, Squier, et al. 1999; Vosvick, Koopman, Gore-Felton, Thoresen, Krumboltz, et al. 2003).

Considerando la problemática descrita anteriormente, en cuanto al posible impacto de la lipodistrofia en la calidad de vida de

las personas infectadas con el VIH, a las limitaciones de los instrumentos específicos de calidad de vida para el VIH/SIDA —al no contemplar los cambios corporales— y la no inclusión de las estrategias de afrontamiento como posibles variables moduladoras de la calidad de vida, surgió la inquietud en este estudio de evaluar la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, utilizando para ello un cuestionario de calidad de vida para enfermedades crónicas que incluyera algunas preguntas relacionadas con la imagen corporal, así como un cuestionario de estrategias de afrontamiento sobre problemas de salud.

De esta manera se plantearon dos objetivos:

1) Observar si el síndrome de lipodistrofia en personas VIH positivas se relaciona con su calidad de vida.

2) Obtener información que permita conocer qué estrategias de afrontamiento utilizan las personas con lipodistrofia y analizar la posible relación de éstas con la calidad de vida.

Método

Participantes

La muestra total del estudio se constituyó de 134 (85%) de 157 sujetos primeramente considerados, todos ellos pacientes que acudían al área de infecciones de consulta externa del Hospital Clínico de Barcelona. El 54% ($n = 72$) eran hombres y el 46% ($n = 62$) mujeres que cumplieron los siguientes criterios: ser mayores de 18 años, seropositivos al VIH, historia antirretroviral de más de un año, estar clínicamente estables y tener capacidad de entender las preguntas de la entrevista y los cuestionarios. Los sujetos no incluidos a la muestra ($n = 23$, 14.7%), no recibían en su mayoría tratamiento antirretroviral o tenían menos de un año de tratamiento ($n = 14$, 61%), no disponían de tiem-

po (n = 6, 26%) o no tenían interés de participar (n = 3, 13%).

Instrumentos

Variables sociodemográficas (Entrevista estructurada): sexo, edad, orientación sexual, situación actual de pareja (con pareja o sin pareja) y ocupación (trabaja o no).

Efectos secundarios: presentación o no de efectos secundarios producidos por el tratamiento antirretroviral distintos a la lipodistrofia (por ejemplo, molestias gastrointestinales, erupciones en la piel y dolor de cabeza, entre otros).

Percepción de cambios corporales y presencia o no de lipodistrofia: percepción si o no de cambios corporales en muslos, glúteos, caderas, estómago, brazos, cintura, pecho, cara, piernas, espalda, otras partes.

Datos clínicos (historial médico): tiempo de conocimiento del diagnóstico en meses, la posible vía de transmisión del virus, el nivel de linfocitos CD4 y la carga viral, así como el haber padecido o no enfermedades oportunistas.

Calidad de vida: se utilizó el cuestionario QL-CA-AFex para enfermedades crónicas de Font (1988). El QL-CA-AFex consta de 27 preguntas o escalas análogo-visuales, de las cuales 26 evalúan cuatro dimensiones (síntomas, dificultades en los hábitos cotidianos, dificultades familiares y sociales y malestar psicológico), y una escala la valoración general de la calidad de vida. El sujeto responde haciendo una señal sobre una línea de 100 mm. Una mayor puntuación en una determinada escala significa mayor pérdida de calidad de vida relacionada con un aspecto concreto. Las subescalas de malestar emocional y de dificultades familiares y sociales contienen preguntas que valoran algunos aspectos observados en la aparición del síndrome de lipodistrofia, tales como "ansiedad", "depresión", "insatisfacción social" y "dificultades en las relaciones de pareja y familiares". Además, incluyen dos

preguntas relacionadas directamente con la imagen corporal: "sentirse menos atractivo" e "insatisfacción con el aspecto físico". El cuestionario posee adecuadas propiedades psicométricas, como son la fiabilidad y diferentes tipos de validez (Font y Bayés, 1993). Aunque este cuestionario se ha utilizado ampliamente en pacientes con diversos tipos de cáncer, también es factible que valore la calidad de vida de otras enfermedades crónicas, por cuanto las preguntas se corresponden con aspectos concretos de la vida cotidiana de las personas en relación con su estado de salud (Font y Bayés, 1993). En la muestra del presente estudio se han obtenido los siguientes valores alfa (Cronbach) de fiabilidad: Escala global: 0,96, subescala de síntomas: 0,7, subescala de dificultades en los hábitos cotidianos: 0,86, subescala de dificultades familiares y sociales: 0,85, y malestar emocional: 0,87.

Estrategias de afrontamiento: se utilizó el cuestionario de estrategias de afrontamiento desarrollado por Font (1990) quien lo adaptó a partir de los esquemas conceptuales de Lazarus y Folkman (1984) y Moos y Billings (1982). El cuestionario está formado por 25 ítems. Todas las preguntas están formuladas de manera parecida ofreciendo cuatro posibilidades de respuesta: "nunca", "a veces", "con frecuencia" y "siempre". Las preguntas se refieren a: a) lo que hace una persona ante sus problemas de salud (afrontamiento orientado al problema). Por ejemplo: «Cuando tengo problemas de salud, decido yo mismo ir al médico inmediatamente»; b) lo que la persona piensa cuando tiene problemas de salud (afrontamiento orientado a la valoración). Por ejemplo: «Busco un sentido a mi enfermedad» y c) Aspectos emocionales en relación a la salud (afrontamiento orientado a la emoción). Por ejemplo: «hablo de mi enfermedad con algún familiar o amigo». La selección de este cuestionario se debe a dos razones: 1) su adecuación a los problemas de salud y, 2) porque ha ofrecido resultados interesantes en relación a la cali-

dad de vida aplicándose a pacientes con cáncer (Font, 1990). En la presente muestra hemos obtenido un valor alfa de Crombach global para los 25 ítems de 0,63.

Procedimiento

Las entrevistas y la aplicación de los cuestionarios se realizaron durante siete meses en el área de infecciones de consulta externa del Hospital Clínico de Barcelona, en un despacho dispuesto para tal fin. Los pacientes eran entrevistados después de la visita con su médico.

El diagnóstico de lipodistrofia se definió en términos clínicos, es decir, cuando el paciente y el médico estaban de acuerdo con los cambios percibidos por el propio paciente. Los pacientes con lipodistrofia podían presentar al menos un cambio morfológico en alguna de las siguientes partes del cuerpo: cara, espalda, pecho, brazos, piernas, muslos, glúteos y abdomen. Para la obtención de los datos clínicos de los pacientes se consultaron los historiales clínicos. El tiempo medio de la entrevista y la aplicación de los cuestionarios fue de 20 minutos.

Análisis

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa StatView (1992) versión 4.1. Para las variables sociodemográficas, la percepción de cambios físicos y las características clínicas de los sujetos, se utilizó el análisis de distribución de frecuencias y estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, rangos mínimo y máximo) para las variables continuas. Se utilizó la prueba t de Student para comparar a los pacientes con y sin lipodistrofia. Respecto a las variables nominales correspondientes a las estrategias de afrontamiento, se utilizó una distribución de frecuencias con las cuatro posibilidades de respuesta (nunca, a veces, con frecuencia, siempre). Posterior a este análisis descrip-

tivo, las respuestas se reagruparon en dos categorías: la primera categoría se formó con las respuestas «nunca o a veces» y la segunda con las respuestas «con frecuencia o siempre». Tal acomodo se hizo con la finalidad de equilibrar las respuestas de los extremos “nunca” y “siempre” con las respuestas intermedias que son más flexibles, así como para simplificar el manejo de los datos. Para dicho análisis se utilizó la prueba t de Student. Por último, se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$.

Resultados

Para los objetivos de este estudio, la muestra total de 134 sujetos se dividió en dos grupos, el primero formado por sujetos que no presentaban lipodistrofia (grupo control) y el segundo con sujetos diagnosticados clínicamente con lipodistrofia. El grupo sin lipodistrofia lo constituyeron 73 sujetos (54%) y el grupo con lipodistrofia 61 (46%). En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos de ambos grupos.

Respecto a los cambios corporales percibidos por los sujetos con lipodistrofia, el 16% ($n = 10$) presentó cambios corporales en una sola parte del cuerpo, mientras que en el 84% ($n = 51$) aparecían en dos o más partes. Dichos cambios se agruparon en cinco áreas o zonas corporales afectadas: cara, extremidades (piernas, muslos, glúteos y brazos), abdomen, pecho y espalda. La tabla 2 muestra las distintas proporciones según las zonas afectadas y su distribución por género. Las extremidades y la cara fueron las zonas mayormente afectadas para este grupo de pacientes, siguiendo el abdomen, el pecho y, en menor proporción, la espalda. También se puede observar que hubo un mayor número de mujeres afectadas por los cambios corporales que los hombres, excepto en la zona de la cara, en donde ellos mostraron una mayor proporción.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los sujetos de estudio (n = 134).

Características	Sujetos sin lipodistrofia (n = 73)	Sujetos con lipodistrofia (n = 61)
Edad, media (desviación estándar)	38,7 (7,2)	41,9 (7,6)
<i>Género:</i>		
Hombres n (%)	41 (56,1)	31 (50,9)
Mujeres n (%)	32 (43,9)	30 (49,1)
<i>Orientación sexual:</i>		
Homosexual, n (%)	43 (58,9)	40 (65,6)
Heterosexual, n (%)	29 (39,8)	20 (32,8)
Bisexual, n (%)	1 (1,3)	1 (1,6)
Con pareja, n (%)	42 (57,5)	30 (49,1)
Con trabajo, n (%)	44 (60,2)	38 (62,3)
<i>Vía de transmisión:</i>		
Actividad sexual, n (%)	52 (71)	46 (75)
Drogas intravenosas, n (%)	18 (25)	8 (13)
Otras/desconocido, n (%)	3 (4)	7 (12)
<i>Presentación de efectos secundarios, n (%)</i>		
Secundarios, n (%)	9 (12,3)	13 (21,3)
Meses de diagnóstico VIH, media (desviación estándar)	92,2 (59,9)	110,5 (52,1)
<i>Carga viral, n (%)</i>		
<200 copias/mL	46 (63)	41 (67)
200-7000 copias/mL	13 (18)	14 (23)
>7000 copias/mL	14 (19)	6 (10)
<i>CD4, n (%)</i>		
>500/mm ³	22 (30)	30 (49)
200-499/mm ³	36 (50)	26 (43)
<199/mm ³	13 (18)	2 (3)
Desconocido	2 (2)	3 (5)
<i>Presentación de enfermedades oportunistas, n (%)</i>		
Oportunistas, n (%)	23 (31)	23 (38)

Tabla 2. Cambios corporales en el grupo de pacientes con lipodistrofia.

Zonas afectadas	Totales	Hombres	Mujeres
Cara, n (%)	44(72,1)	27 (44,2)	17 (27,9)
Extremidades, n (%)	53 (86,8)	24 (39,3)	29 (47,5)
Abdomen, n (%)	27 (44,2)	11 (18)	16 (26,2)
Pecho, n (%)	20 (32,7)	3 (4,9)	17 (27,8)
Espalda, n (%)	8 (13,1)	3 (5)	5 (8,1)

Para cubrir el primer objetivo, se compararon a los sujetos sin lipodistrofia y con lipodistrofia en el cuestionario de calidad de vida. En todas las subescalas las personas con lipodistrofia presentan mayor pérdida de calidad de vida, diferencia que llega a ser estadísticamente significativa en la subescala de malestar emocional ($p = .042$). Al analizar cada uno de los ítems, se hallaron tres diferencias significativas en “pérdida de atractivo” ($p < .001$), “insatisfacción con el aspecto físico” ($p < .001$) y “miedo” ($p = .029$).

Por otra parte, las mujeres con lipodistrofia mostraron más afectación por la pérdida de atractivo que los hombres ($p = .032$). Los valores medios de pérdida de calidad de vida fueron de 20,2 puntos en los hombres y de 38,6 en las mujeres (escala de 0 = ningún cambio, a 100 = máxima afectación).

En el segundo objetivo se trató de identificar qué estrategias de afrontamiento utilizan las personas con lipodistrofia y, si éstas se relacionan con su calidad de vida. Dentro de las distintas estrategias utilizadas, caben destacar las siguientes: Respecto a los pensamientos acerca de la enfer-

medad el 51% de los sujetos piensan siempre en superar la enfermedad por ellos mismos. El 58.5% nunca suelen pensar que sus problemas de salud pasarán y sólo un 9.4% piensan siempre que la enfermedad tenga algún aspecto positivo. En cuanto a las estrategias conductuales relacionadas con los problemas de salud, el 79.3% a veces buscan información y ayuda en otras personas. Por otro lado, muy pocos (9.4%) son los que nunca logran distraerse con el trabajo o con otras cosas. El 90.6% dicen cumplir siempre con las prescripciones médicas. En relación a los aspectos emocionales pocos son los sujetos que siempre hablan de su enfermedad con algún familiar o amigo (18.9%). También son minoría aquellos sujetos que siempre se aíslan o evitan hablar con otras personas (9.5%). El 62.2% siempre se sienten optimistas y mantienen la esperanza.

Posterior a la descripción de las estrategias de afrontamiento empleadas, se utilizó la prueba t de Student considerando la puntuación en disminución media de las subescalas del cuestionario de calidad de vida y la reagrupación de los sujetos con lipodistrofia en base a las opciones de respuestas

Tabla 3. Prueba t: comparación de las personas con y sin lipodistrofia, según las puntuaciones en pérdida de calidad de vida, obtenidas las diferentes subescalas.

Subescala	sin lipodistrofia		con lipodistrofia		valor t	gl	valor P
	media	desv. std.	media	desv. std.			
Síntomas	12,8	15,4	14,4	18,4	-0,5	131	.590
Dif. hábitos cotidianos	3,7	8,7	4,4	11,6	-0,3	131	.698
Dif. familiares y sociales	9	13,2	13,1	14,8	-1,6	128	.102
Malestar emocional	14,7	18,4	21,9	22,3	-2	132	.042
Valoración afect. gral.	9,4	19,3	15,2	27,4	-1,4	132	.159

Tabla 4. Estrategias de afrontamiento y disminución media de calidad de vida en la subescala de malestar emocional.

ESTRATEGIAS	nunca o a veces		con frecuencia o siempre	
	n	media	n	media
Pensamientos acerca de la enfermedad				
1. pensar en superarlo uno mismo	13	31,4*	40	17,7*
2. pensar que tiene algún aspecto positivo	31	26,1*	22	14*
3. pensar que podría ser peor	29	27,2*	24	13,6*
4. buscar un sentido a la enfermedad	43	18,8	10	30,7
5. no pensar en ello	23	18,1	30	23,3
6. buscar una explicación en el pasado	45	15,9***	8	50,1***
7. prepararse para cosas peores	43	17,6*	10	35,8*
8. pensar que ya pasará	45	20,2	8	25,7
Conductas relacionadas con el problema				
9. buscar información	35	20,2	18	22,7
10. buscar ayuda en otras personas	42	22	11	17,5
11. solucionar los problemas por sí mismo	13	15	40	23
12. ir al médico inmediatamente	9	22,1	44	20,8
13. distraerse	14	27,9	39	18,6
14. cumplir exactamente las prescripciones médicas	2	54*	51	19,8*
15. confortarse con la comida o la bebida	12	32,6*	41	17,1*
16. disfrutar aspectos relacionados con la enfermedad	36	23,6	16	16,6
Aspectos emocionales				
17. hablar de ello	34	22,6	19	18,3
18. aislarse	41	15,5***	12	39,9***
19. resignarse	19	26,6	33	18,3
20. mantener la esperanza, sentirse optimista	9	39**	44	17,4**
21. sentirse culpable	45	17**	8	43,6**
22. expresarse abiertamente	23	21,1	30	21
23. disimular el estado de ánimo	33	17,2	20	27,4
24. sentirse pesimista	47	17,7**	6	47,3**
25. hacer bromas o ironizar	39	23,3	14	14,7

Niveles de significación: *= $p < .05$, **= $p < .01$, ***= $p < .001$

«nunca o a veces» y con «frecuencia o siempre» del cuestionario de estrategias de afrontamiento. Se obtuvieron diferencias significativas en todas las subescalas y en el ítem de la valoración general de la calidad de vida. El mayor número de diferencias significativas se hallaron en la subescala de malestar emocional (11 de 25 estrategias). Las asociadas a una peor calidad de

vida fueron: cuando los sujetos «con frecuencia o siempre» buscan una explicación en el pasado ($p < .001$), piensan en prepararse para cosas peores ($p < .05$), se aíslan ($p < .01$) y se sienten pesimistas ($p < .01$). Por el contrario, aquellas estrategias que estuvieron asociadas a una menor disminución de la calidad de vida fueron: cuando los sujetos «con frecuencia o siempre»

Tabla 5. Estrategias significativas y su relación positiva (+) y negativa (-) en las subescalas de calidad de vida.

ESTRATEGIAS	SUBESCALAS				
	Sínt.	Hab. Cot.	Fam. Soc.	Emoc.	Gral.
Pensamientos acerca de la enfermedad					
pensar en superarlo uno mismo	(+)	(+)	(+)	(+)	
pensar que tiene algún aspecto positivo	(+)		(+)	(+)	(+)
pensar que podría ser peor			(+)	(+)	(+)
buscar un sentido a la enfermedad			(-)		
buscar una explicación en el pasado	(-)	(-)	(-)	(-)	
prepararse para cosas peores	(-)		(-)	(-)	(-)
Conductas relacionadas con el problema					
distraerse		(+)			
cumplir exactamente con las prescripciones médicas	(+)		(+)	(+)	(+)
confortarse con la comida o la bebida		(+)		(+)	
Aspectos emocionales					
aislarse			(-)	(-)	
mantener la esperanza	(+)	(+)		(+)	(+)
sentirse culpable	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
sentirse pesimista			(-)	(-)	(-)

Sínt: subescala de síntomas físicos. Hab.Cot: Subescala de dificultades en los hábitos cotidianos

Fam. Soc.: Subescala de dificultades a nivel familiar y/o social. Emoc.: Subescala de dificultades emocionales. Gral.: Subescala de valoración general de la pérdida de calidad de vida

piensan en superarlo ellos mismos, que la enfermedad tiene algún aspecto positivo, que podría ser peor, cuando cumplen con las prescripciones médicas y cuando comen o beben cosas que les gustan (todas ellas con una $p < .05$), así como también el sentirse optimistas con una $p < .01$. En la tabla 4 se muestran las medias, resaltándose en negrita aquellas que resultaron significativas. Recuérdese que a mayor puntuación media, peor calidad de vida (más pérdida de calidad de vida).

Los resultados obtenidos muestran la existencia de relaciones entre determinadas estrategias y la calidad de vida en los sujetos con lipodistrofia. Así mismo cada una de esas estrategias tiene un impacto diferente sobre la calidad de vida, ya sea para favorecerla o empeorarla. En la tabla 5 se indican únicamente las estrategias con dife-

rencias significativas ($p < .05$), así como su relación positiva o negativa en cada una de las subescalas del cuestionario de calidad de vida.

Como se podrá apreciar en la tabla 5, los pensamientos acerca de la enfermedad fueron las estrategias que mayormente se relacionaron con la calidad de vida, siguiéndoles los aspectos emocionales y las conductas. Por otra parte, las subescalas que resultaron tener mayor número de relaciones con las estrategias de afrontamiento (tanto en forma positiva como negativa) fueron las subescalas de malestar emocional y dificultades familiares y sociales. Por su parte, la estrategia que tuvo una repercusión negativa en todas las subescalas (incluida la valoración general) fue el sentirse culpable.

Discusión

Del total de 134 sujetos bajo tratamiento antirretroviral que participaron en esta investigación, casi la mitad (61 sujetos, 46%) presentaron clínicamente lipodistrofia. En otros estudios se han hallado proporciones semejantes (Blanch et al. 2002; Bogner et al. 2001; Lichtenstein, Ward, Moorman, Delaney, Young et al. 2001). No obstante, existen discrepancias en cuanto a los índices de prevalencia del síndrome, hallándose en algunos estudios valores del 17% (Martínez, Mocroft, García-Viejo, Pérez-Cuevas, Blanco et al. 2001) y en otros hasta del 74.5% (Gallego, Blanco, Gordillo, de la Cruz, García-Benayas et al. 2000). Tal variabilidad posiblemente se deba a que aun no existen criterios objetivos ampliamente aceptados para el diagnóstico de la lipodistrofia. La mayor parte de los estudios, incluido el presente, se basan en el diagnóstico clínico observacional de la lipodistrofia. De tal manera que los cambios corporales más evidentes no presentan ningún problema para su identificación, no así los cambios más sutiles que pueden pasar desapercibidos incluso por el propio paciente. Ante esta situación, sería muy adecuado llegar a un consenso en la definición de la lipodistrofia con medidas objetivas, a fin de evitar la amplitud de divergencias en el diagnóstico.

En los sujetos con lipodistrofia se observó que la mayoría tuvieron dos o más cambios corporales, así como una mayor afectación por lipoatrofia —pérdida de grasa en cara y extremidades—, situación que también se ha podido observar en otras muestras estudiadas (Blanch et al., 2002; Bogner et al., 2001; Joly, Flandre, Meifreddy, Leturque, Harel et al., 2002; Martínez, Mocroft, García-Viejo, Pérez-Cuevas, Blanco et al., 2001). Resultados preliminares sugieren que la incidencia de lipoatrofia aumenta en aquellos pacientes que reciben estavudina (d4T), uno de los inhibidores de

la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (Joly et al. 2002; Mallal, John, Moore, James y McKinnon, 2000; Polo, Verdejo, Martínez, Madrigal y González-Muñoz, 2000).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuestionario de calidad de vida, éstos indican que las personas con lipodistrofia se ven más afectadas en la subescala de malestar emocional que aquellas sin lipodistrofia. Aunque los pacientes con lipodistrofia tienden a presentar peor calidad de vida a todos los niveles, el que sólo aparezca alterado de manera significativa el nivel emocional, quizás se deba a que la lipodistrofia incide de manera directa sobre el malestar psicosocial de los sujetos y no en otros aspectos más físicos o funcionales de su calidad de vida. Por ejemplo, ello no les afecta en cuanto a la posibilidad de realizar normalmente sus hábitos y actividades cotidianas. Al parecer, los sujetos seropositivos al VIH con lipodistrofia tienen una percepción hasta cierto punto positiva sobre su estado de salud y funcionamiento general; no obstante, los cambios corporales pueden producirles gran preocupación en torno al trabajo y la familia (Fumaz, Tuldrà, Ferrer, Negro, Gel et al, 2001) o al sentirse reconocibles como VIH positivos por su apariencia física, con el efecto estigmatizador que esto conlleva (Oette et al, 2002). La percepción de bienestar y funcionamiento general es probable que sea debido, al menos en parte, a la eficacia del tratamiento antirretroviral. Algunos estudios indican que los niveles indetectables de carga viral, así como un aumento de linfocitos, tienen una repercusión positiva sobre el funcionamiento físico y de salud en los sujetos seropositivos (Call, Klapow, Stewart, Westfall, Mallinger, et al, 2001; Gill, Griffith, Jacobson, Skinner, Gorbach et al, 2002). Particularmente se ha observado que los sujetos con lipodistrofia obtienen usualmente una supresión virológica y una respuesta inmunológica a la terapia

más completas (Martínez, Mocroft, García-Viejo, Pérez-Cuevas, Blanco et al, 2001; Wurtz y Caesar, 2001). Aunque en el presente estudio no se llevó a cabo un análisis estadístico que asociará tales parámetros clínicos a la lipodistrofia, se puede advertir en esta muestra de sujetos que en su mayoría presenta cargas virales indetectables, así como una mayor respuesta inmunológica. En cuanto a esta última, el recuento de $CD4 < 199/mm^3$ fue de 3% en el grupo con lipodistrofia, en contraste con el 18% del grupo sin lipodistrofia (cfr. Tabla 1).

En relación a los efectos secundarios agudos que presentan algunos pacientes con lipodistrofia, como por ejemplo diarreas, dolor de cabeza, erupciones en la piel, entre otros, los resultados indican un impacto negativo en las subescalas de hábitos cotidianos y de calidad de vida en general, pero que no llegan a producir dificultades en los aspectos psicosociales. Esta situación nos lleva a la reflexión de que, probablemente, los efectos secundarios agudos producidos por el TARGA provocan malestar físico en la vida cotidiana de las personas seropositivas con lipodistrofia, en tanto que los efectos secundarios a largo plazo como la lipodistrofia, producen malestar psicosocial en la vida cotidiana de las personas infectadas con el VIH. Es decir, aunque ambos efectos secundarios estén presentes en el paciente, inciden de forma diferente en su calidad de vida.

En nuestra investigación, al comparar a hombres y mujeres con lipodistrofia, no se hallaron diferencias significativas en las subescalas de calidad de vida; sin embargo, las mujeres percibieron mayor pérdida de atractivo que los hombres. En el estudio realizado por Testa, Thompson, Turner, Nuurahainen y Gertner (2002) tampoco hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres con lipodistrofia respecto a la calidad de vida, no obstante, se encontraron puntuaciones significativa-

mente más bajas en la calidad de vida de las mujeres al correlacionar el estrés con la apariencia física y cuando ésta interfería con las actividades funcionales. Por su parte, y en un estudio realizado únicamente con mujeres seropositivas, Huang y colaboradores (2006) encuentran que la percepción de lipodistrofia se relaciona con una peor imagen corporal. Tales resultados en las mujeres son hasta cierto punto congruentes con los imperativos estéticos de la sociedad occidental actual. Según Raich (2001), la sociedad recompensa a las mujeres por el atractivo físico y las entrena a preocuparse por su apariencia externa y a valorarse principalmente por ella, en cambio a los hombres se les gratifica otras características distintas, como la fuerza física y la destreza, entre otras. En este sentido, si las mujeres le otorgan un gran valor a su atractivo físico, entonces es posible que los cambios corporales producidos por la lipodistrofia aumenten su preocupación. Por otra parte, hay que tener en cuenta que en esta muestra un mayor número de mujeres se veían afectadas tanto por la pérdida como por la acumulación de grasa en comparación con los hombres, lo que también podría indicar mayor percepción y preocupación por estos cambios.

Al identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas seropositivas con lipodistrofia frente a sus problemas de salud, se ha podido observar el despliegue de un gran número de estrategias, cuya frecuencia en su utilización puede ser variable tanto en los pensamientos, las conductas y las emociones. Observaciones similares se han señalado en investigaciones previas con pacientes seropositivos (Remien, Rabkin y Williams, 1992) y en pacientes con cáncer (Font, 1990). Por otro lado, nuestros resultados indican la existencia de relaciones entre determinadas estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en personas seropositivas al VIH, lo que mantiene concordancia con diversos

estudios, incluso a pesar de la amplia variedad de instrumentos empleados (Friedland, Renwick y McColl, 1996; Leiberich, Engeter, Olbrich, Rubbert, Schumacher et al., 1997; Safren, Radomsky, Otto y Solomon, 2002; Seidl, 2002; Swindells, Mohr, Justis, Berman, Squier et al., 1999; Vosvick, Koopman, Gore-Felton, Thoresen, Krumboltz et al., 2003). En dichas investigaciones se puede distinguir entre estrategias ineficaces, es decir, que tienen una relación significativa con una baja calidad de vida y a la inversa, estrategias eficaces: aquellas cuya utilización se relaciona significativamente con un mayor mantenimiento de la calidad de vida, lo que también se corrobora en la muestra aquí estudiada.

El haber realizado el análisis con cada una de las subescalas del cuestionario de calidad de vida, nos ha permitido obtener una doble información. Por un lado, identificar cómo se relacionan cada una de las estrategias con cada subescala y, por el otro, identificar qué subescalas son las que mayormente se relacionan con las estrategias de afrontamiento tanto en forma positiva (eficaz) como negativa (ineficaz). Por ejemplo, la estrategia conductual de distracción tuvo una relación positiva únicamente en la subescala de hábitos cotidianos, lo que sugiere que es una estrategia eficaz para disminuir las dificultades en esta área, pero no lo suficiente para incidir en otros aspectos de la calidad de vida. Por el contrario, la estrategia de sentirse culpable tuvo un impacto negativo en todas las subescalas y la valoración general de la calidad de vida. Por tanto, se puede decir que es una estrategia ineficaz capaz de provocar un deterioro en cada aspecto de la calidad de vida.

Respecto a las subescalas que resultaron ser más vulnerables a las estrategias de afrontamiento (tanto en forma positiva como negativa) fueron las de malestar emocional y la de dificultades familiares y so-

ciales. Esto puede deberse a que siendo precisamente las estrategias de afrontamiento variables psicológicas moduladoras, incidan mayormente sobre los aspectos psicosociales más que en los aspectos físicos de los sujetos. Sin embargo, se tendrá que continuar investigando sobre esta línea para aclarar el papel que juegan las estrategias de afrontamiento en los distintos aspectos de la calidad de vida.

Por otro lado, los pensamientos acerca de la enfermedad, fueron las estrategias que principalmente se relacionaron con la calidad de vida, siguiendo en segundo lugar los aspectos emocionales y por último los conductuales. Resultados similares también se han observado en pacientes con cáncer de mama utilizando los mismos instrumentos de medición (Font, 1990, 1994). Todos estos resultados son coherentes con el modelo de afrontamiento desarrollado por Lazarus y colaboradores en multitud de trabajos: ante una situación de enfermedad crónica que no podemos cambiar, el afrontamiento conductual es menos efectivo que el cognitivo (reestructuración cognitiva en términos de Lazarus). Dentro de los pensamientos acerca de la enfermedad, destacan tres estrategias con un impacto positivo en la calidad de vida cuando se utilizan «con frecuencia o siempre»: “pensar en superarlo uno mismo”; “que tiene un aspecto positivo” y el “que podría ser peor”. Lo que caracteriza estas cogniciones es la interpretación positiva de la situación, misma que también se ha observado como estrategia de adaptación en los supervivientes a largo plazo con SIDA (Remien et al., 1992).

Por su parte, los pensamientos que tuvieron un impacto negativo fueron cuando «con frecuencia o siempre» “se busca un sentido a la enfermedad”, “se busca una explicación en el pasado” y el “prepararse para cosas peores”, resultados casi idénticos a los obtenidos con pacientes de cáncer

(Font, 2000). Las dos últimas estrategias reflejan hasta cierto punto distorsiones cognitivas y evasivas, como la no aceptación de la situación presente recurriendo al pasado y, la anticipación de eventos negativos. En otros estudios se ha podido observar que la evasión cognitiva como estrategia de afrontamiento tiene una asociación negativa con la calidad de vida (Safren et al., 2002).

En cuanto a los aspectos emocionales, el “mantener la esperanza o sentirse optimistas” «con frecuencia o siempre» tuvo un impacto positivo en todas las subescalas de calidad, excepto en la de dificultades familiares y sociales. En cambio el pesimismo, el aislamiento y el sentirse culpable tuvieron un impacto negativo. Estudios previos señalan que el afrontamiento emocional-paliativo, como en este caso el optimismo, se relaciona con una mejor calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo (Leiberich et al., 1997), mientras que las estrategias de evitación o aislamiento tienen una relación negativa con la calidad de vida (Safren et al., 2002; Swindells et al., 1999). “El sentirse culpable” resultó ser la única estrategia ineficaz que se relacionó con todas las subescalas y el ítem general del cuestionario de calidad de vida. De acuerdo con Bombardier, D’Amico y Jordan (1990) el culparse a sí mismo es una estrategia de afrontamiento emocional que impide la adaptación en enfermedades crónicas. Por su parte Houldin, Jacobsen y Lowery (1996) observaron que en pacientes con cáncer de mama que obtenían altos niveles de auto-culpa, fueron las que obtuvieron peores puntajes sobre las escalas de adaptación global y psicológica a la enfermedad.

Al parecer, en el contexto del VIH/SIDA, es común que las personas traten de buscar una explicación del por qué de su seropositividad a través de pensamientos atribucionales, es decir buscar una

atribución interna (auto-culpa), una atribución externa (culpar a los otros) y una última atribuida a la fatalidad. Teniendo en cuenta estas consideraciones, Clement y Schonnesson (1998), analizaron dichas atribuciones con las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento psicológico en sujetos seropositivos al VIH. Hallaron que la atribución de auto-culpa se asoció con el afrontamiento de evitación y que éstos dos aspectos juntos correlacionaron con depresión e insatisfacción en la vida. Al considerar lo hallado en este estudio y en investigaciones previas, se considera la necesidad de ofrecer ayuda psicológica a través de psicoterapia, a aquellos pacientes seropositivos con lipodistrofia que se sienten culpables de su enfermedad con el fin de atenuar sus efectos negativos sobre la calidad de vida.

Las conductas relacionadas con los problemas de salud, aunque en menor número, resultaron tener un impacto positivo sobre la calidad de vida. Entre ellas se encuentran la distracción, el cumplir exactamente con las prescripciones médicas y confortarse con la comida. En general, el afrontamiento centrado en el problema se ha asociado con una significativa mejor calidad de vida en pacientes infectados con el VIH (Swindells et al., 1999), y de forma particular las estrategias de distracción son efectivas para afrontar el VIH (Alonso, 1999). La estrategia conductual de cumplir con las prescripciones médicas es eficaz para el mantenimiento de la calidad de vida, tanto en sus aspectos físicos como psicosociales y en la percepción general de la calidad de vida. Aunque en este estudio no se ha evaluado directamente la adherencia al tratamiento de los sujetos, puede suponerse que éste es un buen indicador de ella.

La no adherencia, que por supuesto implica el no cumplir exactamente con las prescripciones médicas, puede deberse ante la aparición de síntomas y efectos secunda-

rios (Ammassari, Murri, Pezzotti, Trotta, Ravasio et al., 2001); al estrés psicológico, la falta de apoyo social, la complejidad del régimen antirretroviral y la baja autoeficacia (Ammassari, Trotta, Murri, Castelli, Narciso et al., 2002) y también a la aparición de cambios corporales producidos por la lipodistrofia, que para algunos pacientes es motivo suficiente para reducir su adherencia (Ammassari, Antinori, Cozzi-Lepri, Trotta, Nasti et al., 2002; Duran, Savès, Spire, Cailleton, Sobel et al., 2001, Santos, Felipe, Braga et al., 2005). En el grupo con lipodistrofia estudiado aquí, tan sólo se hallaron dos sujetos que «nunca o solo a veces» cumplen exactamente con las prescripciones médicas, lo que significa que la mayor parte de los sujetos aún con lipodistrofia intentan mantener su adherencia al tratamiento, lo que por otra parte no impide que más adelante y según la severidad de los cambios corporales modifiquen su estrategia conductual.

Como se ha podido observar, los sujetos seropositivos al VIH con lipodistrofia utilizan tanto estrategias positivas como negativas para afrontar sus problemas de salud y la forma como éstas se relacionan con distintos aspectos de su calidad de vida. En este sentido, la intervención psicológica podría abordar las distintas estrategias de afrontamiento, fortaleciendo aquellas que resultan eficaces y modificar aquellos pensamientos, sentimientos y conductas que impidan el bienestar de las personas seropositivas afectadas por la lipodistrofia.

Por último, una vez obtenidos estos primeros resultados indicativos de que la

lipodistrofia puede producir malestar emocional y deterioro de la calidad de vida, respecto a investigaciones futuras entendemos que puede ser adecuado, profundizar en el estudio de las diferencias individuales observadas. A fin de superar las limitaciones del presente trabajo será adecuado, por una parte, contrastar los datos obtenidos mediante la utilización de un cuestionario de calidad de vida específicamente desarrollado y validado en población española de enfermos de sida y, por otra, avanzar en conocimiento de cómo estos pacientes afrontan su situación, mediante instrumentos más específicos destinados a medir las estrategias que estos pacientes utilizan para afrontar los problemas. De todas formas, y coincidiendo con otros autores (Aliaga y Capafons 1996, Franks y Roesch 2006, Merino et al. 2007), somos conscientes de las dificultades conceptuales y de instrumentalización todavía muy presentes en el campo de la investigación del afrontamiento ante los problemas de salud.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los Drs. Jordi Blanch, José Luis Blanco y Esteban Martínez del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Barcelona, por su gran apoyo al permitirnos tener acceso a los pacientes incluidos en este estudio.

Artículo recibido: 21-09-2006 aceptado: 05-05-2008

Referencias bibliográficas

- Aliaga, F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "Escala de Modos de Coping" (Wais of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 2, (1), 15-26.
- Alonso, C.C. (1999). *The meaning of living with AIDS: psychoneuroimmunology, intervention and narrative*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ammassari, A., Antinori, A., Cozzi-Lepri, A., Trotta, M.P., Nasti, G., Ridolfo, A.L., Mazzota, F., Wu, A.W., d'Arminio Monforte, A. y Galli, M. (2002). Relationship

- between HAART adherence and adipose tissue alterations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31,S140-S144.
- Ammassari, A., Murri, R., Pezzotti, P., Trotta, M.P., Ravasio, L., De Longis, P., Lo Caputo, S., Narciso, P., Pauluzzi, S. et al (2001). Self-reported symptoms and medication side effects influence adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in persons with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 445-449.
- Ammassari, A., Trotta, M.P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., Vecchiet, J., D'Arminio, M., Wu, A.W., Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31,S123-S124.
- Barbaro, G. (2006). Highly active antiretroviral therapy-associated metabolic syndrome: pathogenesis and cardiovascular risk. *American Journal of Therapeutics* 13, (3), 248-260-
- Basabe, N., Iraurgi, I., Páez, D. e Insua, P. (1996). Psicoimmunología, factores psicosociales e infección por VIH. En N. Basabe., D. Paéz, R. Usieto, H. Paicheler y J-C. Deschamps. (Eds.). *El desafío social del SIDA*. (pp.299-359). Madrid: Fundamentos.
- Behrens, G.M.N., Stoll, M. y Schmidt, R.E. (2000). Lipodystrophy syndrome in HIV infection. What is it, what causes it and how can it be managed? *Drug Safety*, 23(1), 57-76.
- Blanch, J., Rousaud, A., Martínez, E. De Lazzari, E., Peri, J-M., Milinkovic, A., Pérez-Cuevas, J-B., Blanco, J.L. y Gatell, J-M. (2002). Impact of lipodystrophy on the quality of life of HIV-1 infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 404-407.
- Bogner, J.R., Vielhauer, V., Beckmann, R.A., Michl, G., Wille, L., Salzberger, B. y Goebel, F.D. (2001). Stavudine versus zidovudine and the development of lipodystrophy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 27, 237-244.
- Bombardier, C.H., D'Amico, C. y Jordan, J.S. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavior Research and Therapy*, 28(4), 297-304.
- Burgoyne, R., Collins, E., Wagner, C., Abbey, S., Halman, M., Nur, M. y Walmsley, S. (2005). The relationship between lipodystrophy-associated body changes and measures of quality of life and mental health for HIV-positive adults. *Quality of Life Research* 14, (4), 981-990.
- Call, S.A., Klapow, J.C., Stewart, K.E., Westfall, A.O., Mallinger, A.P., DeMasi, R.A., Centro, R., Saag, M.S. (2001). Health-related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. *Quality of Life Research*, 9(9), 997-985.
- Carr, A. (1999). HIV protease inhibitor-induced lipodystrophy syndrome. *AIDS Reviews*, 1, 29-36.
- Carr, A., Emery, S., Law, M., Puls, R., Lundgren, J.D. y Powderly, W.C. (2003). An objective case definition of lipodystrophy in HIV-infected adults: a case-control study. *Lancet*, 361(9359), 726-735.
- Carr, A., Samaras, K., Thorisdottir, A., Kaufmann, G.R., Chisholm, D.J. y Cooper, D.A. (1999). Diagnosis, prediction, and natural course of HIV-1 protease-inhibitor-associated lipodystrophy, hiperlipidemia, and diabetes mellitus. *Lancet*, 353, 2093-2099.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Clement, U. y Schonnesson, L.N. (1998). Subjective HIV attribution theories, coping and psychological functioning among homosexual men with HIV. *AIDS Care*, 10(3), 355-363.
- Collins, E., Wagner, C. y Walmsley, S. (2000). Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Reader*, 10, 546-551.
- Corless, I.B., Nicholas, P.K., McGibbon, C.A. y Wilson, C. (2004). Weight change, body image, and quality of life in HIV disease: A pilot study. *Applied Nursing Research* 17, (4), 292-296.
- Chastain, M.A., Chastain, J.B. y Coleman, W.P. (2001). HIV lipodystrophy: review of the syndrome and report of a case treated with liposuction. *Dermatology Surgery*, 27(5), 497-500.
- Dukers, N., Stolte, I., Albrecht, N., Coutinho, R. y De Wit, J. (2001). The impact of experiencing lipodystrophy on the sexual behavior and well-being among HIV-infected homosexual men. *AIDS*, 15(16), 812-813.
- Duran, S., Savès, M., Spire, B., Cailleton, V., Sobel, A., Carrieri, P., Salmon, D., Moatti, J-P., Lepout, C. and the APROCO study group. (2001). Failure to maintain

- long-term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy. *AIDS*, 15 (18), 2441-2444.
- Echavez, M. y Horstman, W. (2005). Relationship between lipoatrophy and quality of life. *The AIDS Reader* 15 (7), 369-375.
- Franks, H.M. y Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psychoncology*, 15, 1027-1037.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer*. Tesis doctoral. Edición en microficha, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Font, A. (1990). Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. *II Congreso oficial de psicólogos. Área 5. Psicología y salud: Psicología de la salud*. Libro de comunicaciones, (pp.90-96). Madrid: Publicaciones del colegio oficial de psicólogos.
- Font, A., y Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. En M. Forns y M.T. Anguerra (Comps.), *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*, (pp.175-195), Barcelona: Universitat 53, PPU.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología*. 61, 41-50.
- Font, A. (2000). Calidad de vida: Modelo de toma de decisiones compartidas oncólogo-paciente. En: Gil (Editor). *Manual de Psicooncología*, (pp. 225-254), Madrid: Nova Sidonia.
- Friedland, J., Renwick, R. y McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8, 15-31.
- Fumaz, C.R., Tuldrà, A., Ferrer, M.J., Negro, E., Gel, S., Bonjoch, A., Ruiz, L. y Clotet, B. (2001). Calidad de vida y principales preocupaciones asociadas al síndrome de lipodistrofia en pacientes VIH+ con supresión viral a largo plazo. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 12(supl.35).
- Gallego, L., Blanco, F., Gordillo, V., de la Cruz, J., García-Benayas, T., Castillo, E., López, P. y González-Lahoz, J. (2000). Mental disorders related to lipodystrophic body shape changes in HIV+ patients with homosexual risk behavior, *AIDS*, 14, supplement 4, S58.
- Gervason, C., Ridolfo, A.L., Rovati, L., Vaccarezza, M., Carsana, L., Galli, M. y Cassana, L. (2002). Maintenance of breast size reduction after mastoplasty and switch to a protease inhibitor-sparing regimen in an HIV-positive woman with highly active antiretroviral therapy-associated massive breast enlargement. *AIDS Patient Care STDS*, 16(7), 307-311.
- Gill, C.J., Griffith, J.L., Jacobson, D., Skinner, S., Gorbach, S.L., Wilson, I.B. (2002). Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to health-related quality of life. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 485-492.
- Guaraldi, G., Orlando, G., Murri, R., Vandelli, M., De Paola, M., Beghetto, B., Nardini, G., Cia, S., Vichi, F., Esposito, A. y Wu, A.W. (2006). Quality of life and body image in the assessment of psychological impact of lipodystrophy: Validation of the Italian version of Assessment of Body Change and Distress questionnaire. *Quality of Life Research* 15, 173-178.
- Houldin, A.D., Jacobsen, B. y Lowery, B.J. (1996). Self-blame and adjustment to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(1), 75-79.
- Huang, J.S., Harrity, s., Lee, D., Becerra, K., Santos, R. y Mathews, W.C. (2006). Body image in women with HIV: a cross-sectional evaluation. *AIDS Research and Therapy* 6, (3), 1-7.
- James, J., Carruthers, A. y Carruthers, J. (2002). HIV-associated facial lipoatrophy. *Dermatology Surgery*, 28(11), 979-986.
- Joly, V., Flandre, P., Meiffredy, V., Leturque, N., Harel, M., Aboulker, J-P. y Yeni, P. (2002). Increased risk of lipoatrophy under stavudine in HIV-1 infected patients: results of a substudy from a comparative trial. *AIDS*, 16(18), 2447-2454.
- Jones, S.P., Doran, D.A., Leatt, P.B., Maher, B. y Pirmohamed, M. (2001). Short-term exercise training improves body composition and hyperlipidaemia in HIV-positive individuals with lipodystrophy. *AIDS*, 15(15), 2049-2051.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer Publishing Company.
- Leiberich, P., Engeter, M., Olbrich, E., Rubbert, A., Schumacher, K., Brieger, M., Kalden, J.R. y Joraschky, P. (1997). Longitudinal development of distress, coping and quality of life in HIV-positive persons. *Psychotherapy Psychosomatics*, 66(5), 237-247.

- Lichtenstein, K.A., Ward, D.J., Moorman, A.C., Delaney, K.M., Young, B., Palella, F.J., Rhodes, P.H., Wood, K.C. y Holmberg, S.D. (2001). Clinical assessment of HIV-associated lipodystrophy in an ambulatory population. *AIDS*, 15(11), 1389-1398.
- Mallal, S., John, M., Moore, C.B., James, I.R. y McKinnon, E.J. (2000). Contribution of nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors to subcutaneous fat wasting in patients with HIV infection. *AIDS*, 14(10), 1309-1316.
- Martin, A., Smith, D.E., Carr, A., Ringland, C., Amin, J., Emery, S., Hoy, J., Workman, C., Doong, N., Freund, J. y Cooper, D.A. (2004). Reversibility of lipodystrophy in HIV-infected patients 2 years after switching from a thymidine analogue to abacavir: the MITOX Extension Study. *AIDS* 18(7), 1029-1036.
- Martínez, E. y Gatell, J.M. (1999). Metabolic abnormalities and body fat redistribution in HIV-1 infected patients: the lipodystrophy syndrome. *Current opinion in infectious diseases*. 12 (1), 13-19.
- Martínez, E., García-Viejo, M.A., Blanch, J. y Gatell, J.M. (2001). Lipodystrophy syndrome in patients with HIV infection. Quality of life issues. *Drug Safety*, 24(3), 157-166.
- Martínez, E., Mocroft, A., García-Viejo, M.A., Pérez-Cuevas, J.B., Blanco, J.L., Mallolas, J., Bianchi, L., Conget, I., Blanch, J., Phillips, A. y Gatell, J.M. (2001). Risk of lipodystrophy in HIV-1 infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. *The Lancet*, 357 (24), 592-598.
- Mead, S.C., van den Boom, F. y van Dam, F. (1994). Commentary quality of life: some considerations for the researcher and practitioner from a clinical psychology perspective. *Psychology and Health*, 9, 157-160.
- Merino, C., Manrique, G., Angulo, M. e Isla, N. (2007). Indicador de estrategias de afrontamiento al estrés: análisis normativo y de estructura factorial. *Ansiedad y Estrés* 13, (2-3), 24-39.
- Moos, R.H., y Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberg y S. Breznits (Eds.) *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. (pp. 212-230). New York: Free Press.
- Moyle, G., Baldwin, C. y Phillipot, M. (2001). Managing metabolic disturbances and lipodystrophy: Diet, exercise, and smoking advice. *The Aids Reader*, 11(12), 589-592.
- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F. y Alumbaugh, M. (1987). Coping with AIDS: Psychological and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 309-328.
- Nicholas, P.K., Kirsey, K.M., Corless, I.B. y Kempainen, J. (2005). Lipodystrophy and quality of life in HIV: symptom management issues. *Applied Nursing Research* 18, 55-58.
- Nicholson, W.D. y Long, B.C. (1990). Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV+ gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 873-876.
- Oette, M., Juretzko, P., Kroidl, A., Sagir, A., Wwtstein, M., Siegrist, J. y Häussinger, D. (2002). Lipodystrophy syndrome and self-assessment of well-being and physical appearance in HIV-positive patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(9), 413-417.
- Orejudo, S., Ladero, L., Carrolles, J.A. y Malo, C. (2006). Adherencia al tratamiento antirretroviral y ansiedad, depresión y estrés en sujetos en un programa de mantenimiento con metadona. *Ansiedad y Estrés*, 12, (1), 19-30.
- Polo, R., Verdejo, J., Martínez-Rodríguez, S., Madrigal, P. y González-Muñoz, M. (2000). Lipodystrophy, fat accumulation, and mixed syndrome in protease inhibitor-naive HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(3), 284-286.
- Power, R., Tate, H.L., McGill, S.M. y Taylor, C. (2003). A qualitative study of the psychosocial implications of lipodystrophy syndrome on HIV positive individuals. *Sexual Transmission Infection*, 79(2), 137-141.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Remien, R.H., Rabkin, J.G. y Williams, J.W. (1992). Coping strategies and health beliefs of AIDS longterm survivors. *Psychology and Health*, 6, 335-345.
- Safren, S.A., Radomsky, A.S., Otto, M.W. y Salomon, E. (2002). Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics*, 43(6), 478-485.
- Saint-Marc, T., Partisani, M., Poizot-Martin, I., Rouviere, O., Bruno, F., Avellaneda, R., Lang, J.M., Gastaut, J.A. y Touraine, J.L. (2000). Fat distribution evaluated by com-

- puted tomography and metabolic abnormalities in patients undergoing antiretroviral therapy: preliminary results of the LIPOCO study. *AIDS*, 14(1), 37-49.
- Santos, C.P., Felipe, Y.X., Braga, P.E., Ramos, D., Lima, R.O. y Segurado, A.C. (2005). Self-perception of body changes in persons living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors. *AIDS*, 19(4), 14-21.
- Sax, P.E. y Gathe, J.C. (2005). Beyond efficacy: the impact of combination antiretroviral therapy on quality of life. *AIDS Patient Care and STDs* 19(9), 563-576.
- Seidl, E.M., (2002). Persons living with HIV/AIDS: coping, social support and quality of life relationships. *XIV International AIDS Conference*, Barcelona. Abstract book, Vol. II, 501.
- StatView. (1992). Abacus Concepts, Berkeley, CA, Autor.
- Stein, J.A. y Rotheram-Borus, M-J. (2004). Cross-sectional and longitudinal associations in coping strategies and physical health outcomes among HIV-positive youth. *Psychology and Health*, 19(3), 321-336.
- Storusum, J., Van-den-Boom, F., Van-Beuzekom, M. y Sno, H.(1990). Stress and coping in people with HIV infection. *International Conference on AIDS*, 6, 177 (abstract No. S.B.365).
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J.C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M.M. y Singh, N.(1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD AIDS*, 10(6), 383-391.
- Testa, M.A., Thompson, M., Turner, R.R., Nuurhainen, N. y Gertnar, J.M. (2002). The impact of HIV-associated adipose redistribution syndrome on psychological well-being and quality of life: A cross-sectional survey [Abstract ThPeB7341], *XIV International AIDS Conference*. Barcelona, July 7-12.
- Vosvick, M., Koopman, C., Gore-Felton, C., Thoresen, C., Krumboltz, J. y Spiegel, D. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44(1), 51-58.
- Wurtz, R. y Caesar, S. (2001). Adipose redistribution in human immunodeficiency virus seropositive patients: Association with CD4 response. *Clinical Infectious Disease*, 31, 1497-1498.