

Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia

Quality of life evaluation in HIV positive people with lipodystrophy

María Dolores García Sánchez¹ y Antoni Font Guiteras²

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida en personas VIH positivas con síndrome de lipodistrofia. El diseño fue transversal con grupo control y se aplicó a un total de 134 pacientes que acudían regularmente a consulta externa en el Hospital Clínico de Barcelona, España. Se utilizó una entrevista estructurada y un cuestionario de calidad de vida para enfermedades crónicas. El cuestionario contiene preguntas relacionadas con la imagen corporal. Al comparar la calidad de vida de los pacientes con y sin lipodistrofia, se observan diferencias significativas en la subescala de malestar emocional del cuestionario, así como en las preguntas “pérdida de atractivo”, “insatisfacción con el aspecto físico” y “miedo”. También se observó que las mujeres con lipodistrofia fueron las más afectadas por la pérdida de atractivo.

Palabras clave: Calidad de vida; Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH); Lipodistrofia.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the quality of life in people HIV positive with lipodystrophy syndrome. This cross-sectional designed study with control group was applied to 134 outpatients undergoing routine visits at the Hospital Clínico of Barcelona, Spain. A structured interview and a chronic's diseases quality of life questionnaire was employed. This questionnaire contains body-image related items. Significant differences were observed among patients with and without lipodystrophy in the questionnaire's emotional sub-scale. Significant differences were also observed on items: "attractive loss", "dissatisfaction with the physical appearance", and "fear". Women with lipodystrophy were most affected by attractive loss.

Key words: Quality of life; Human immunodeficiency virus (HIV); Lipodystrophy.

INTRODUCCIÓN

La terapia antirretroviral de gran eficacia (TARGA) ha logrado disminuir la morbilidad y mortalidad en personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La prolongación de vida de las personas infectadas implica mantener la terapia por tiempo indefinido, lo que da lugar a que esta enfermedad tenga un carácter crónico.

¹ Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068 Zacatecas, Zac., tel. (492)924-19-34, correo electrónico: lolisgarcia@hotmail.com. Artículo recibido el 12 de marzo y aceptado el 15 de mayo de 2004.

² Departament de Psicologia Bàsica i de l'Educació. Universitat Autònoma de Barcelona, Apartat postal 29, 08193 Belaterra, Barcelona, España, fax: (3)581-23-24, correo electrónico: antonio.font@uab.es.

Junto a los evidentes beneficios que produce la terapia antirretroviral, también se hallan sus numerosos efectos secundarios, efectos que muchas veces pueden ser la primera manifestación clínica de enfermedad para algunas personas seropositivas al VIH. Entre estos se halla el denominado síndrome de lipodistrofia, el cual suele aparecer un año después de iniciado el tratamiento mediante la TARGA. Sus principales características son las alteraciones metabólicas (hiperlipemia y resistencia a la insulina) y la 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, región dorso-cervical y pecho. En la lipoatrofia, la pérdida de grasa se aprecia en la cara, brazos, piernas y glúteos.

Aunque la etiología de la lipodistrofia se considera multifactorial, se le ha asociado al tratamiento antirretroviral, tanto a los inhibidores de la proteasa (Carr, Thorisdottir, Kauffmann, Chisholm y Cooper, 1999) como a los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (Saint-Marc, Partisani, Poizot-Martin y cols., 2000). Otros factores como la edad (más de 40 años), la raza blanca y el sexo femenino se han asociado con la posibilidad de un mayor riesgo de desarrollar lipodistrofia (Bogner, Viealhauer, Beckmann y cols., 2001; Martínez, García-Viejo, Blanch y Gatell, 2001). Ante la falta, por ahora, de un consenso en la definición diagnóstica, la estrategia más común es el reporte del paciente acerca de su percepción de cambios físicos con confirmación del médico, o bien cuando es identificada por el médico y aceptada por el paciente (Martínez y cols., 2001). La confirmación objetiva con algunos instrumentos para medir la acumulación o pérdida de grasa, tales como las técnicas radiológicas, la ecografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y las medidas antropométricas, 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).

Se ha observado que los cambios corporales producidos por la lipodistrofia no son completamente reversibles; sin embargo, se están llevando a cabo diferentes intervenciones con el fin de obtener beneficios que contrarresten sus efectos; por ejemplo, el cambio de tratamiento o su interrupción controlada, la cirugía para los trastornos morfológicos o los programas de dieta y ejercicios (Gervasoni, Rodolfo, Rovati y cols., 2002; Moyle, Baldwin y Phillipot, 2001).

La lipodistrofia no sólo es un problema estético, sino que también tiene un grave impacto emocional en las personas infectadas con el VIH, particularmente por el deterioro de la imagen corporal, en razón de lo cual aparecen problemas relativos a la autoestima y las relaciones sociales, ansiedad y depresión (Collins, Wagner y Walmsley, 2000), dificultades en la conducta sexual y en el bienestar (Dukers, Stolte, Albrecht, Coutinho y De Wit (2001), así como el sentirse reconocibles como portadores del VIH por su apariencia física (Oette, Juretzko, Kroidl y cols., 2002). Ante tales problemas, no se descarta que haya una repercusión importante sobre la calidad de vida de las personas seropositivas al VIH que presentan lipodistrofia.

En este estudio, se entiende por *calidad de vida* a la valoración que hace el paciente de su creencia de que el estado de su salud ha afectado su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo (Font, 1988). Hay actualmente pocos estudios publicados que hayan evaluado objetivamente la calidad de vida en pacientes con lipodistrofia, lo que posiblemente se deba a las limitaciones inherentes a los cuestionarios hasta ahora disponibles, ello debido a que en su mayoría fueron diseñados antes de la aparición de la TARGA y la lipodistrofia. Dichos cuestionarios, aun siendo específicos para el VIH/sida, como el MOS-HIV (Medical Outcomes Study-HIV), no contienen aspectos relacionados con la imagen corporal (Martínez, García-Viejo y cols., 2001), lo que es un factor crucial al momento de evaluar la lipodistrofia, así como cualquiera otra afectación corporal producida por los nuevos tratamientos o el curso mismo de la enfermedad.

La actual falta de instrumentos adecuados para valorar el impacto de la lipodistrofia sobre la calidad de vida en personas VIH positivas no implica dejar al margen la posible adecuación de los instrumentos ya existentes para que identifiquen los cambios corporales, por un lado, y el carácter crónico de la enfermedad, por el otro. Considerando la problemática descrita anteriormente, se planteó en este trabajo 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.

MÉTODO

Sujetos

Se incluyeron en el estudio 134 (85.3%) de 157 sujetos primeramente considerados, hombres y mujeres, que cumplieron los siguientes criterios: ser personas adultas, seropositivos al VIH, historia antirretroviral de más de un año, estar clínicamente estables y tener capacidad de entender las preguntas de la entrevista y el cuestionario. Los sujetos a los que se solicitó su participación manifestaron en todos los casos su deseo de colaborar. Los sujetos que no participaron ($n = 23$, 14.7%), no recibían en su mayoría tratamiento antirretroviral o tenían menos de un año de tratamiento ($n = 14$, 61%), no disponían de tiempo ($n = 6$, 26%) o no expresaron su interés de participar ($n = 3$, 13%).

Instrumentos

Se utilizó una entrevista estructurada donde se solicitaron los siguientes informes: *a)* Datos sociodemográficos generales, tales como sexo, edad, orientación sexual, situación actual de pareja (con pareja o sin pareja) y ocupación (trabajaba o no); *b)* 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); *c)* Percepción de cambios corporales y presencia clínica o no de lipodistrofia; *d)* Datos clínicos, que incluían el tiempo de conocimiento del diagnóstico, la posible vía de transmisión del virus, el conteo actualizado de linfocitos CD4 y la carga

viral, así como el haber padecido o no enfermedades oportunistas.

Para evaluar la calidad de vida, se utilizó el cuestionario QL-CA-Afex para enfermedades crónicas desarrollado en España por 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 la última hace una 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”.

De acuerdo con Font y Bayés (1993), aunque este cuestionario se ha utilizado ampliamente en pacientes con 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. También es importante señalar que el cuestionario posee adecuadas propiedades psicométricas, como son la fiabilidad y diferentes tipos de validez (Font y Bayés, 1993).

Procedimiento

Las entrevistas y la aplicación de cuestionarios se realizaron durante siete meses en el área de infecciones de consulta externa del Hospital Clínico de la ciudad 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. Se consultaron los historiales clínicos para la obtención de los datos clínicos de los pacientes. El tiempo medio de la entrevista y la aplicación del cuestionario fue de veinte minutos.

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa StatView, versión 4.1, en donde las variables categóricas y nominales se compararon a través del análisis de X^2 . Se utilizó la prueba t de Student para comparar a los pacientes con y sin lipodistrofia, así como un análisis de regresión múltiple para identificar las variables que estaban asociadas con la calidad de vida de los pacientes con lipodistrofia.

RESULTADOS

Considerando el objetivo 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 con lipodistrofia. El grupo sin lipodistrofia se constituyó con 73 sujetos (54%) y el grupo con lipodistrofia con 61 (46%). La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos de ambos grupos.

Respecto de la percepción de cambios corporales en los sujetos con lipodistrofia, el 16% ($n = 10$) presentó cambios corporales en una sola parte del

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)
Género (n, %):		
Hombres	41 (56.1%)	31 (50.9%)
Mujeres	32 (43.9%)	30 (49.1%)
Orientación sexual (n, %):		
Homosexual	43 (58.9%)	40 (65.6%)
Heterosexual	29 (39.8%)	20 (32.8%)
Bisexual	1 (1.3%)	1 (1.6%)
Con pareja (n, %)	42 (57.5%)	30 (49.1%)
Con trabajo (n, %)	44 (60.2%)	38 (62.3%)
Vía de transmisión (n, %):		
Actividad sexual	52 (71.0%)	46 (75%)
Drogas intravenosas	18 (25.0%)	8 (13%)
Otras/desconocido	3 (4.0%)	7 (12%)
Presentación de efectos secundarios (n, %)	9 (12.3%)	13 (21.3%)
Meses de diagnóstico VIH (media, desviación estándar)	92.2 (59.9)	110.5 (52.1)
Carga viral (n, %)		
<200 copias/mL	46 (63.0%)	41 (67%)
200-7000 copias/mL	13 (18.0%)	14 (23%)
>7000 copias/mL	14 (19.0%)	6 (10%)
CD4 (n, %)		
>500/mm ³	22 (30.0%)	30 (49%)
200-499/mm ³	36 (50.0%)	26 (43%)
<199/mm ³	13 (18.0%)	2 (3%)
Desconocido	2 (2.0%)	3 (5%)
Presentación de enfermedades oportunistas (n, %)	23 (31.0%)	23 (38%)

cuerpo, mientras que en el 84% ($n = 51$) aparecían en dos o más partes. Estos cambios se agruparon en cinco áreas o zonas corporales afectadas: cara, extremidades (que incluyen las piernas, muslos, glúteos y brazos), abdomen, pecho y espalda. En la Tabla 2 se muestran las distintas proporciones según las zonas afectadas y su distribución por género. Las extremidades fueron las

zonas mayormente afectadas para este grupo de pacientes, así como la zona facial, siguiendo el abdomen, el pecho y, en menor proporción, la espalda. Se pudo 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 2. Cambios corporales en el grupo 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)

Al comparar a los sujetos con lipodistrofia y sin lipodistrofia en el cuestionario de calidad de vida, se observó únicamente una diferencia significativa en la subescala de malestar emocional ($p = .042$). Al analizar pregunta por pregunta, 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 se veían más afectadas por la pérdida de atractivo que los hombres ($p = .032$). Para analizar qué características de los sujetos con lipodistrofia (como edad, meses de diagnóstico, linfocitos CD4 y carga viral) estaban asociadas con la calidad de vida, se utilizó un análisis de regresión múltiple. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre dichas variables y las subescalas del cuestionario. Para las variables nominales (tales como la orientación sexual, pareja, trabajo, efectos secundarios, partes del cuerpo afectadas, vía de transmisión y enfermedades oportunistas) se realizó el análisis de comparación de dos medias con la prueba t de Student con las subescalas del cuestionario. Los resultados mostraron sólo una diferencia significativa en la variable de efectos secundarios con la subescala de hábitos cotidianos ($p < .05$) y la valoración general de calidad de vida ($p < .01$).

DISCUSIÓN

Al dividir la muestra en dos grupos, se observó que 61 sujetos de los 134 cubrieron el criterio clínico de lipodistrofia. Semejante proporción ha sido hallada en otros estudios (Blanch, Rousaud, Martínez y cols., 2002; Bogner y cols., 2001; Lichtenstein, Ward, Moorman y cols., 2001). A pesar de esta concordancia, habrá que ser cautelosos mientras no existan criterios objetivos para el diagnóstico. La mayoría de los estudios (incluido el pre-

sente) se basan en el diagnóstico clínico observacional de la lipodistrofia. Posiblemente los cambios corporales más evidentes no presenten ningún problema para su identificación, no así los cambios más sutiles, los que pueden ser ignorados incluso por el propio paciente. Dada esta situación, es necesario establecer medidas objetivas con el fin de evitar posibles errores en el diagnóstico.

En cuanto a la percepción de cambios corporales en los sujetos con lipodistrofia, se observó que la gran mayoría de ellos tuvieron cambios en dos o más partes del cuerpo. En similar proporción, los presentes resultados y los de la mayor parte de los estudios apuntan hacia una mayor afectación de la lipoatrofia? pérdida de grasa en cara y extremidades? en las distintas muestras comparadas (Blanch y cols., 2002; Bogner y cols., 2001; Joly, Flandre, Meifreddy y cols., 2002; Martínez, Mocroft, García-Viejo y cols., 2001). Algunos resultados preliminares sugieren que la incidencia de lipoatrofia aumenta en aquellos pacientes que reciben estavudina (d4T), uno de los inhibidores de la transcriptasa inversa a análogos de nucleósidos (Joly y cols., 2002; Mallal, John, Moore, James y McKinnon, 2000; Polo, Verdejo, Martínez, Madrigal y González, 2000).

Los resultados obtenidos en el cuestionario de calidad de vida indican que las personas con lipodistrofia se ven más afectadas en la subescala de malestar emocional que aquellas sin lipodistrofia. El que sólo se vea menoscabado este aspecto de la calidad de vida se debe tal vez a que precisamente tal tipo de efecto secundario incide de manera directa sobre el malestar psicosocial de los sujetos y no en otros aspectos de su calidad de vida. 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 producir gran preocupación en torno al trabajo y la familia (Fumaz, Tuldrà, Ferrer y cols., 2001) o la persona sentirse reconocible como VIH positiva por su apariencia física, con el efecto estigmatizador que esto conlleva (Oette y cols., 2002). Esa percepción de bienestar y funcionamiento general quizá sea reflejo de la eficacia del tratamiento antirretroviral. Los resultados de varios estudios indican que los niveles indetectables de carga viral, así como un aumento de linfocitos, tienen un impacto positivo sobre el funcionamiento físico y de salud en los sujetos seropositivos (Call, Klapow, Stewart y cols., 2000; Gill, Griffith, Jacobson y cols., 2002). Por otra parte, se ha observado que los sujetos con lipodistrofia obtienen usualmente una supresión virológica y una respuesta inmunológica a la terapia más completas (Martínez y cols., 2001; Wurtz y Caesar, 2001). Aunque en el presente estudio no se llevó a cabo un análisis estadístico que asociara tales parámetros clínicos a la lipodistrofia, se puede advertir que este grupo de sujetos mostró en su mayoría 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).

Los resultados muestran que los efectos secundarios agudos (es decir, diarreas, dolor de cabeza, erupciones en la piel, etc.) que presentan los pacientes con lipodistrofia tuvieron un impacto negativo en las subescalas de hábitos cotidianos y de calidad de vida en general, pero sin llegar a incidir sobre su malestar psicosocial. Tal situación lleva a considerar que los efectos secundarios agudos producidos por la TARGA provocan malestar físico en la vida cotidiana de las personas seropositivas con lipodistrofia, en tanto que los efectos secundarios a largo plazo ¿ como los cambios corporales? producen malestar psicosocial en la vida cotidiana de las personas infectadas con el VIH. Aunque ambos efectos secundarios estén presentes

en el paciente, inciden de forma diferente en la calidad de vida.

Al comparar a hombres y mujeres con lipodistrofia, no se hallaron diferencias significativas en las subescalas de la 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) se señala que si bien los autores no hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres con lipodistrofia respecto de la calidad de vida, se encontraron puntajes significativamente más bajos en las mujeres al correlacionar el estrés con la apariencia y cuando ésta interfería con las actividades funcionales. Tal resultado en las mujeres es hasta cierto punto congruente con los imperativos estéticos de la sociedad occidental. Según Raich (2001), la sociedad recompensa a las mujeres por el atractivo físico, mientras que gratifica en los hombres otras características distintas, como la fuerza, la destreza y otras. También es la sociedad quien entrena a las mujeres a preocuparse por su apariencia externa y a valorarse principalmente por ella. De acuerdo con esta autora, si las mujeres le otorgan un gran valor social a su atractivo físico, es posible que los cambios corporales producidos por la lipodistrofia aumenten su preocupación. Por otra parte, habrá que recordar que en esta muestra un mayor número de mujeres se veían afectadas tanto por la pérdida como la acumulación de grasa en comparación con los hombres.

Se concluye, por tanto, que la lipodistrofia produce malestar emocional en las personas infectadas con el VIH, deteriorando así su calidad de vida. Las mujeres con lipodistrofia perciben una mayor pérdida de atractivo que los hombres con este trastorno. Para comprender mejor el impacto de la lipodistrofia sobre la calidad de vida de personas seropositivas al VIH, es necesaria la utilización de instrumentos sensibles a los cambios corporales.

REFERENCIAS

- 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.

- Call, S.A., Klapow, J.C., Stewart, K.E., Westfall, A.O., Mallinger, A.P., DeMasi, R.A., Centor, R. y Saag, M.S. (2001). Health-related quality of life and virologic outcomes in an HIV clinic. *Quality of Life Research*, 9(9): 977-985.
- 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.
- Collins, E., Wagner, C. y Walmsley, S. (2000). Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Reader*, 10: 546-551.
- Domingo, P. (2002). *Valoración y tratamiento de la lipodistrofia secundaria a la terapia antirretroviral*. Disponible en línea: <http://www.prous.com/ttsida> (2 de octubre).
- Dukers, N., Stolte, I., Albrecht, N., Coutinho, R. y De Wit, J. (2001). The impact of experiencing lipodystrophy on the sexual behaviour and well-being among HIV-infected homosexual men. *AIDS*, 15(16): 812-813.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- 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. Anguera (Comps.): *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 175-196). Barcelona: Universitas 53, PPU.
- Fumaz, C.R., Tuldrà, A., Ferrer, M.J., Negredo, 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).
- Gervasoni, 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. y 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.
- Joly, V., Flandre, P., Meiffredy, V., Leturque, N., Harel, M., Aboulker, J-P., 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.
- 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.
- 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.
- Moyle, G., Baldwin, C., Phillipot, M. (2001). Managing metabolic disturbances and lipodystrophy: Diet, exercise, and smoking advice. *The Aids Reader*, 11(12): 589-592.
- Oette, M., Juretzko, P., Kroidl, A., Sagir, A., Wettstein, 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.
- Polo, R., Verdejo, J., Martínez-Rodríguez, S., Madrigal, P. y González-Muñoz, M. (2000). Lipoatrophy, fat accumulation, and mixed syndrome in protease inhibitor-naive HIV- infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25(3): 284-286.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- 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 computed tomography and metabolic abnormalities in patients undergoing antiretroviral therapy: preliminary results of the LIPOCO study. *AIDS*, 14(1):37-49.
- Testa, M.A., Thompson, M., Turner, R.R., Nuurhainen, N. y Gertner, 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.
- Wurtz, R. y Caesar, S. (2001). Adipose redistribution in human immunodeficiency virus seropositive patients: Association with CD4 response. *Clinical Infectious Diseases*, 31: 1497-1498.

