

Impacto de la auto - percepción de imagen corporal en sujetos con VIH y lipoatrofia facial.

Investigador Principal: Mónica Lizarralde Lara, MD

Co-investigador: Diana Andrea Acevedo Cubillos, MD
Silvia Rivera Largacha
María Helena Restrepo Espinosa
Angela Gonzalez, MD

Tutor Metodológico: Jaime Ardila, MD.

Tutor Estadístico: Milciades Ibañez

Tipo de estudio: Observacional de corte transversal

Lugar de Ejecución: Hospital Universitario Barrios Unidos, Bogotá (Colombia)

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
Escuela Ciencias de la Salud.
Medicina Estética
Bogotá, Diciembre 2012

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDOS

1. <i>Resumen</i>	3
2. <i>Introducción</i>	4
3. <i>Problema y justificación</i>	4
4. <i>Marco teórico</i>	5
5. <i>Objetivos Generales y específicos</i>	11
6. <i>Hipótesis</i>	12
7. <i>Metodología</i>	12
7.1 <i>Tipo y diseño general del estudio</i>	12
7.2 <i>Población</i>	12
7.2.1 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	13
7.3.2 <i>Tamaño de la muestra y estrategia de muestreo</i>	13
7.3 <i>Definición operacional de variables</i>	14
7.4 <i>Procedimientos de medición, recolección y sistematización</i>	16
7.4.1 <i>Prueba piloto</i>	16
7.4.2 <i>Técnica e instrumento de recolección de información</i>	17
7.5 <i>Plan de análisis estadístico</i>	19
7.6 <i>Control de sesgos</i>	20
7.8 <i>Aspectos Éticos</i>	20
8. <i>Organigrama</i>	21
9. <i>Cronograma</i>	22
10. <i>Presupuesto</i>	23
11. <i>Resultados</i>	24
12. <i>Discusión y conclusiones</i>	32
13. <i>Referencias bibliográficas</i>	33
14. <i>Anexos</i>	
14.1 <i>Cuestionario</i>	38
14.2 <i>Instructivo para la aplicación de la encuesta piloto</i>	39

1. Título:

Impacto de la auto - percepción de imagen corporal en sujetos con VIH y lipoatrofia facial.

2. Resumen

La lipoatrofia facial es uno de los efectos secundarios que con más frecuencia se presenta y afecta la calidad de vida del paciente con VIH que recibe tratamiento antiretroviral.

Metodología: Estudio observacional de corte transversal que involucró 126 sujetos, a quienes se aplicó una encuesta semi-estructurada para determinar cómo percibe el paciente que la lipoatrofia facial lo afecta en áreas afectiva, social, laboral y ocupacional; evaluar la percepción de la imagen corporal; caracterizar sociodemográficamente; determinar la prevalencia de lipoatrofia facial y establecer si hay diferencias de percepción de la imagen corporal según la caracterización sociodemográfica.

Resultados: La Prevalencia de lipoatrofia facial fue del 57.1%. El grado de satisfacción en cuanto a apariencia física tuvo un promedio de 5.01 ± 2.69 . El 88.7% y 80.3% de los pacientes evaluados sintieron tristeza y frustración con su apariencia respectivamente. El 53.5% y el 42.9% informaron menos oportunidades laborales y educativas. La orientación sexual reportada con mayor frecuencia fue homosexualidad. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción de apariencia con aspectos sociodemográficos excepto en pacientes que recibieron apoyo psicológico.

Conclusión: Primer estudio en el país que evalúa el impacto de la lipoatrofia facial en pacientes con VIH y tratamiento antiretroviral. Aunque la presencia de lipoatrofia facial sobre la cotidianidad no es estadísticamente significativa, si resulta trascendental pues existen porcentajes importantes de emociones y alteraciones psicológicas que afectan directamente a estos sujetos en las áreas afectiva, social, laboral y ocupacional. Se hace necesaria la realización de más estudios que permitan obtener mayor de evidencia.

Palabras clave: Virus inmunodeficiencia humana, lipoatrofia facial, percepción, imagen, estética.

3. Introducción:

La apariencia personal en lo relacionado a la estética o la belleza, incluye tanto el enigma como el estigma de la belleza corporal y facial^{1,2}. Acorde con los cánones, la estética facial se ha posicionado como un valor fundamental en el medio actual y constituye el motivo por el cual muchos pacientes consultan, representando una demanda de atención que antes no tenía relevancia.

En tiempos recientes, el problema de la imagen y de la estética o la belleza ha cobrado un interés prioritario para las ciencias de la salud, psicología y la sociología. Los cambios morfológicos afectan tanto el comportamiento como el bienestar de los seres humanos en sus procesos de desarrollo personal y social así como en su ciclo vital³.

En las culturas postindustriales la apariencia estética y la imagen personal han adquirido una gran preponderancia en la interacción social. Este fenómeno se atribuye a la importancia que en estas sociedades se otorga a la identidad individual y por tanto a la imagen física como imagen identificadora de la particularidad personal. La imagen personal se identifica frecuentemente con las representaciones de salud que se construyen en los imaginarios sociales. Es por esto que la apariencia estética y la imagen personal han sido señaladas como factores determinantes de la estima y la confianza de cada sujeto. En efecto, cada persona responde a la percepción estética de su cuerpo a partir del conocimiento, la emoción y la actitud que se tiene sobre sí, en tanto que el individuo resulta un ser funcional y único^{4,5}. La concepción del sí mismo está constituida principalmente por la información recibida de los demás. Por lo tanto la concepción y la transformación del “sí mismo” es un producto social en tanto que las relaciones sociales que giran en torno a cada individuo, influyen en la forma particular como cada sujeto se concibe como un “sí mismo”⁶.

En el caso de los pacientes con VIH que presentan lipoatrofia facial, el impacto psicológico ha sido investigado a través de escalas, cuestionarios y encuestas dirigidos a determinar el impacto de esta en su calidad de vida⁷. Dentro de los parámetros que se han tenido en cuenta están las escalas de valores, los diferentes comportamientos que conllevan los cambios en la imagen, tanto a nivel corporal como facial, y los cambios a nivel de la percepción que tiene la persona que padece este trastorno de como cree que la perciben los otros. Estos parámetros se han tomado como indicadores de calidad de vida y de bienestar humano en tanto afectan la imagen corporal, la autoestima y las relaciones sociales⁸⁻¹⁰. Por esta razón es importante, demostrar cómo la presencia de lipoatrofia facial afecta directamente la percepción del individuo y de los otros sobre la persona, y cómo estos cambios generan emociones y experiencias negativas que impactan áreas esenciales de la persona como la afectiva, social, laboral y ocupacional. Estos cambios negativos en la auto-percepción del paciente, generalmente ocasionan una disminución en la adherencia del tratamiento antiretroviral, con los consecuentes efectos deletéreos en el estado de salud del paciente, un aumento en la probabilidad de generar resistencia inmunológica y el aumento de costos para el sistema de salud del país, quien además de cubrir estos gastos, debería ser más activo en el diseño de estrategias integrales direccionadas a reducir el impacto que surge de estas condiciones desfavorables y amenazantes para la calidad de vida de estos pacientes^{10,11}.

4. Problema y justificación

La infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) a nivel mundial presenta una alta prevalencia e incidencia, lo que la ha convertido en una de las enfermedades más importantes en cuanto a salud pública se refiere. En Colombia el número de casos aumenta continuamente; actualmente existen un total de 75.620 casos de infección por VIH de los cuales en Bogotá residen el 26.1%^{12,13}. Sin embargo, no se tienen tasas exactas de las complicaciones y de los efectos que tienen la enfermedad y su tratamiento a

largo plazo, siendo esta información de vital importancia para los proyectos y planes de salud pública a nivel nacional. En los pacientes con VIH la no adherencia a los tratamientos antirretrovirales aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) e inmunoresistencia, lo que incrementa significativamente los costos al sistema de salud de cualquier país. Esta adherencia al tratamiento con antirretrovirales se ve en gran medida afectada debido a sus efectos secundarios, su alta periodicidad y su alto costo. En este contexto, los cambios físicos son uno de los efectos secundarios que más evidencia el paciente, principalmente en lo que se refiere a los cambios de lipoatrofia facial como parte de la redistribución anormal de la grasa corporal, correlacionada en algunos casos a hiperlipidemia e insulinoresistencia. Aunque la pérdida de tejido subcutáneo, especialmente a nivel facial, no pone en riesgo la vida del paciente¹⁹, sí conlleva cambios fenotípicos que alteran la imagen corporal que tiene el sujeto de sí mismo, afectando su autoestima hasta llegar a generar la percepción de un rechazo en el área afectiva, social, laboral y ocupacional³².

En algunos grupos sociales estos pacientes son estigmatizados ya que la lipoatrofia facial es asociada al SIDA, a la drogadicción y a condiciones precarias de salud, lo cual puede conllevar a la discriminación de estas personas. Todo lo anterior provoca ansiedad y depresión en estos pacientes impactando su vida social, afectiva, sexual y laboral^{7,33,34}; lo que puede conducir a una disminución en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales e incluso a que los pacientes decidan suspender su tratamiento, con las repercusiones negativas que esto tiene tanto para el paciente como para la salud pública y el sistema de salud nacional^{1,8,33,35}.

La importancia de este estudio radica en mostrar cómo aspectos físicos y de imagen tienen un papel preponderante en la percepción de sí y de los otros sobre la persona, y de cómo éstos determinan a su vez comportamientos y conductas fundamentadas en sensaciones y experiencias que aumentan el costo que ya la enfermedad o el padecimiento mismo implica. Para los pacientes con VIH y en especial aquellos en los cuales los medicamentos pueden traer como consecuencia lipoatrofia facial, es fundamental poder determinar el impacto que ésta deformidad implica para la vida en las área personal, social, laboral y ocupacional,

esto podría tener un efecto importante en las estrategias de afrontamiento en cuanto puede impactar la adherencia a los medicamentos, a la terapéutica de la enfermedad así como la calidad de vida, teniendo en cuenta que el afrontamiento hace referencia a factores, conductas o comportamientos adaptativos orientados y dirigidos a reducir o aliviar el impacto que surge de condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes de la vida^{10,11}.

5. Marco teórico:

Desde la década de los 80 cuando se identificaron los primeros casos de pacientes con inmunodeficiencia adquirida^{2,12}, el número de pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha tenido un incremento exponencial a nivel mundial; actualmente se calcula que la población mundial infectada supera los 40 millones¹². Se estima que en Colombia existen desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 un total de 75.620 casos de infección por VIH y sida de los cuales en Bogotá residen el 26.1%^{12,13}. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento paulatino de los casos notificados en el país.

En el año de 1985, la Zidovudina (AZT) fue el primer antirretroviral que se comercializó lográndose obtener una mayor supervivencia y mejor calidad de vida de los pacientes infectados por VIH. Sin embargo, se evidenció en poco tiempo que la AZT como monoterapia no era suficiente para detener el curso de la enfermedad y se detectó una alta toxicidad con su utilización. Lo anterior llevó rápidamente a que aparecieran nuevos análogos a nucleósidos como opciones de tratamiento, así como la combinación de estos. Aproximadamente 10 años más tarde aparecen los inhibidores de la proteasa (IPs), una nueva familia de antirretrovirales de alta eficacia que reducen la carga viral y disminuyen la morbi-mortalidad por el VIH. La terapia con estos antirretrovirales se conoce como la terapia “HAART” (*highly active antiretroviral therapy*)¹⁴⁻¹⁶.

Dentro de la terapia HAART, es de vital importancia la adherencia del paciente al tratamiento con el fin de disminuir el desarrollo de resistencias y lograr eficacia. Sin embargo, la adherencia se ve altamente comprometida por dos factores: En primer lugar en este tipo de terapia el paciente debe tomar un mínimo de tres medicamentos distribuidos en varias tomas al día, en un horario estricto y con duración indefinida. Tal disciplina perturba las actividades diarias del paciente y esto puede desestimular el compromiso del paciente con el tratamiento. En segundo lugar, la adherencia al tratamiento puede ser interferida por la aparición de efectos secundarios, siendo los más frecuentes cambios a nivel de la grasa corporal (síndrome de lipodistrofia)^{17,18}, alteraciones del metabolismo lipídico y la resistencia a la insulina^{10,15}. Los efectos secundarios mencionados pueden ser ocasionados por los diferentes agentes antirretrovirales debido a la farmacodinamia de cada uno, que conlleva a efectos clínicos distintos. Es así como algunos favorecen la redistribución de grasa, otros la lipoatrofia y otros la combinación de los dos^{10,19-23}.

Los mecanismos moleculares y metabólicos exactos detrás de la lipoatrofia no son claros, sin embargo aunque no son confirmados, existen varios factores propuestos como la restauración inmune después de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), la pobre regulación de vías metabólicas y la infección por VIH *per se*. La hipótesis que más influencia ha tenido hasta el momento sobre la lipoatrofia, es la disfunción mitocondrial que se presenta por el uso de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa reversa; mientras que las anormalidades metabólicas como dislipidemia y resistencia a la insulina se asocian mas con el uso de inhibidores de proteasa^{24,25}.

Hacia el año 1998 se describió el síndrome de lipodistrofia en pacientes con infección por el VIH, síndrome que se asocia a una redistribución anormal de la grasa corporal, correlacionada en algunos casos a hiperlipidemia y resistencia de insulina. La prevalencia de este síndrome se encuentra en un rango muy amplio que va desde un 20% a un 80% en adultos y del 1% al 43% en población pediátrica infectada, esto debido a la ausencia de una definición estándar^{24,26}.

Los signos y síntomas generales de la lipodistrofia incluyen hipertrofia del tejido adiposo con distribución centrípeta, caracterizada por aumento de adiposidad a nivel abdominal, región pectoral y visceral; surgimiento de una curvatura cervical denominada “joroba o corcova de búfalo” y pérdida de tejido adiposo en el rostro, glúteos y extremidades.

Visto de otra manera, este síndrome tiene básicamente tres presentaciones clínicas: atrofia grasa periférica, lipohipertrofia o combinación de lipoatrofia y lipohipertrofia. En la primera, se observa una desaparición del tejido graso subcutáneo a nivel de la cara²⁷, extremidades y glúteos; en la segunda presentación los pacientes evidencian acumulación de grasa a nivel del abdomen, de la zona cervical posterior “joroba de búfalo” o en las mamas en el caso de mujeres, esta se acompaña generalmente de complejas alteraciones de orden metabólico; y por último se puede presentar la combinación de las dos anteriores^{1,10,26,28,29}.

El estudio publicado por Heath, How, et al con 745 pacientes, mostró que aproximadamente el 50% de los pacientes que llevan un año en tratamiento con HAART, presentan por lo menos un signo de lipodistrofia²². Sin embargo, se ha demostrado que el desarrollo de la lipodistrofia y su severidad no solo está asociada a las terapias con antirretrovirales sino que factores propios de cada paciente (edad, origen racial, sexo), características propias de la infección por el VIH, alteraciones inmunes, recuperación inmune, entre otras, juegan un rol importante^{1,16,30,31}.

Aunque ya hace más de 9 años se describió el síndrome de lipodistrofia asociada a la terapia con antirretrovirales, su prevalencia se desconoce ya que la metodología utilizada en los diferentes estudios es muy diversa, motivo por el cual los resultados obtenidos son dispersos; es así como se ha reportado que la incidencia de acúmulo de grasa en la región cervical posterior es del 2 al 5%^{1,20,30}, a nivel de mamas del 1 al 37 %^{1,30,32} y a nivel abdominal del 1 al 56%^{1,10,30}, la lipoatrofia a nivel facial del 1 al 24%^{1,30,32} y a nivel de las extremidades del 6 al 11%^{1,30,32}.

En otros estudios más recientes, la lipodistrofia fue observada en el 34% y 37,7% de pacientes alemanes, y en el 56% de pacientes españoles, con reportes de aumento en la circunferencia abdominal en 32% a 60% de los individuos, aumento de las mamas en 20%, lipoatrofia facial en 58%, pérdida de adiposidad periférica en 33% a 50%, y manifestaciones mixtas en 8% a 86 % de los pacientes⁴³.

Pese a que no existen marcadores claros que puedan predecir el riesgo que tiene un paciente con VIH para desarrollar lipodistrofia, análisis multivariados estudiando cohortes determinan un riesgo más elevado entre las mujeres, respecto a los hombres; entre los homosexuales y heterosexuales, respecto a los adictos a drogas por vía parenteral; entre los sujetos de edad más avanzada y los que han recibido mayor tiempo de exposición a los antirretrovirales, sin detectar ningún marcador virológico ni inmunológico¹⁵.

Aunque la pérdida de tejido subcutáneo, especialmente a nivel facial, no pone en riesgo la vida del paciente¹⁹, sí conlleva a cambios fenotípicos que alteran la imagen corporal y la percepción que tiene el sujeto de sí mismo, resultando esta en un cambio perturbador en términos de bienestar psico-social, que afecta la calidad de vida y aumenta el estigma de la enfermedad^{43, 44}. Algunos pacientes se refieren a la lipoatrofia facial con términos como “cara del Sida” o el “sarcoma de Kaposi del siglo XXI”, convirtiéndose esta en una marca visible que permite identificarlos como portadores del VIH⁴³.

A esto se suma, que en algunos grupos sociales estos pacientes son estigmatizados ya que la lipoatrofia facial es asociada inmediatamente al SIDA, a la drogadicción y a condiciones precarias de salud, lo cual puede llevar a la discriminación de estas personas. Todo lo anterior, provoca sensaciones de rechazo, ansiedad y depresión hasta conseguir el total aislamiento de los pacientes, generando un impacto negativo en su vida social, afectiva, sexual y laboral^{7,33,34}. Esto puede conducir a una disminución en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales e incluso a que los pacientes decidan suspender definitivamente su tratamiento, para evitar los efectos psicosociales de la redistribución

grasa⁴³; con las repercusiones negativas que tiene tanto para el paciente como para la salud pública y el sistema de salud de cualquier país^{1,8,33,35, 43, 44}.

En este orden de ideas, diversas alteraciones psicosociales relacionadas con el síndrome de lipodistrofia por el tratamiento antiretroviral, han sido resaltadas en la literatura. Estas incluyen insatisfacción con la imagen corporal, alteraciones de humor demostradas por ansiedad e infelicidad, pérdida de confianza y seguridad en sus relaciones afectivas, problemas y disminución de la satisfacción en las relaciones sexuales, reducción de la autoestima y depresión^{26,29,32,41,42,43}.

Los cambios morfológicos presentados por estos pacientes, traen repercusiones tan importantes a nivel afectivo, social, laboral y ocupacional, que los llevan a poner en consideración los beneficios de la terapia antiretroviral, ya que para la mayoría de los pacientes, los costos iatrogénicos son tan difíciles de soportar que prefieren abandonar dicho tratamiento⁴³. Este comportamiento puede ser comprendido si consideramos no solamente la estigmatización asociada al VIH/SIDA, sino también a la dictadura por el “cuerpo perfecto”, enfatizada actualmente por la sociedad. No obstante, la literatura reporta que los pacientes que enfrentaron las complicaciones decurrentes de la infección por el VIH, el tratamiento y estuvieron próximos a la muerte, consideran la lipodistrofia como un precio a ser pagado a cambio de la longevidad⁴³.

Por otra parte, la imagen corporal como concepto ha ocupado un papel central y de importancia tanto en el desarrollo de la psicología como de la filosofía. El problema ha sido visto desde la fenomenología en cuanto hace referencia a la experiencia de sí en relación a la corporalidad, desde la filosofía como el papel que cumple la estética en el desarrollo de cada ser humano y desde la psicología en tanto compete funciones humanas que afectan la calidad de vida.

No han sido pocos los teóricos que asocian la imagen corporal con la experiencia emocional del ser humano y resaltan su papel en la construcción de la identidad como proceso fundamental del desarrollo psicológico de los seres humanos^{34,36}. La imagen

corporal incluye la experiencia de sí mismo, propia y particular, y la referencia de la relación con los otros, es decir, la percepción y la forma en que otros nos perciben³⁷.

La imagen corporal es un referente obligado para las terapéuticas del cuerpo que desde diferentes enfoques y lugares buscan impactar la conciencia del cuerpo y a través de éste la estructura psicológica de las personas y grupos. En trabajos recientes se concibe la imagen corporal desde un modelo tripartita que incluye tres grandes áreas que permiten integrar en el concepto de imagen corporal los aportes de la filosofía, la psicología y las diferentes aproximaciones metodológicas de estudio³⁸.

La primera área de la imagen corporal hace referencia al proceso, es decir, a aquellas propiedades de la imagen que incluyen la percepción de la apariencia física del cuerpo. Ésta área reúne la experiencia y la forma en que es percibida pero además, las creencias y los valores o cánones sobre los cuales se establecen juicios de valor sobre el cuerpo. Estas idealizaciones culturales y las actitudes pueden ser expresadas tanto en forma verbal como visual.

La segunda área hace referencia a la experiencia del cuerpo como un “yo” o “*self*”, siendo ésta fundamental para la psicología en tanto representa la identidad. La identidad en lo que se refiere a la experiencia de la imagen del cuerpo incluye la forma en que uno percibe cómo lo ven los demás. La percepción de estas dos dimensiones constituye el centro “*core*” de la experiencia de sí y de lo que la persona “*es*”. Es así como la imagen corporal esta fundamentada tanto en la estructura física y sus determinaciones fisiológicas, como en las dinámicas psicológicas y sociales que se producen en relación a estos aspectos materiales.

La tercera hace referencia al nivel de la interpretación y estructura de significados que están inscritos en la memoria corporal y que funcionan como referentes de las interpretaciones con que se evalúan las experiencias del cuerpo. Las experiencias pasadas y sus

interpretaciones constituyen la trama simbólica que hace de cada nueva experiencia una posibilidad significativa y de sentido. En esta última según Päivi se puede hablar desde tres dimensiones: lo habitual, lo traumático y lo erótico o placentero.

El concepto de imagen corporal o imagen del cuerpo incluye la estética y la belleza del cuerpo, que desde lo social determinan en alguna medida la percepción y la aceptación de éste en la experiencia individual. El problema de la estética y la belleza tanto como la deformidad y lo monstruoso han acompañado el desarrollo de todas las culturas. Estos parámetros culturales se traducen en sistemas de valores que impactan la psicología de los sujetos, en la medida en que influyen en las percepciones de sí, de los otros pero además, en el comportamiento, la conducta, las emociones y la expresión de la sexualidad entre otros^{2,37,39}.

La estética hace referencia a la estructura filosófica de la sensibilidad hacia lo que se considera sublime, bello y placentero. Las variaciones que han tenido estos referentes durante las diferentes épocas de la historia, así como las variaciones en su percepción y significado han modelado y determinado las relaciones sociales. En ninguna época ha tenido tanta preponderancia la relevancia y el interés por la apariencia estética y la imagen personal como en la actual, en donde su valoración determina en la mayoría de las veces la estima y la confianza del sí mismo y de cómo se es visto por los otros^{4,5}.

En el arte desde Da Vinci (Siglo XVI) hasta nuestros días, las proporciones juegan un papel fundamental en la construcción del concepto de estética y belleza. Aunque dentro del arte moderno este concepto de la proporción comienza a ser deconstruido notablemente a través de propuestas estéticas como las del cubismo o el surrealismo, dentro de la estética de la publicidad y el marketing esta idea de la proporción física se ha prolongado y se establece como referente dentro de los cánones sociales. En general, dentro de los conceptos estéticos más generalizados dentro de las sociedades postindustriales la desproporción es sinónimo de fealdad o de carencia de estética. Por ende las proporciones determinan cánones, los cánones a su vez determinan valores y estos juegan un papel fundamental en el

reconocimiento del otro, siendo entonces la estética o la belleza referentes importantes en la construcción de la identidad, la imagen, la confianza en sí mismo y la relación social.

6. Objetivos generales y específicos

Objetivo general:

- Determinar cómo perciben los sujetos con VIH que la lipoatrofia facial afecta su imagen corporal en relación a las áreas social, laboral y afectiva.

Objetivos específicos:

- Evaluar la percepción de la imagen corporal que tienen los sujetos con VIH y lipoatrofia facial.
- Determinar la prevalencia de lipoatrofia facial en el grupo de estudio.
- Caracterizar sociodemográficamente los sujetos con VIH y lipoatrofia facial.
- Establecer según las características sociodemográficas si hay diferencias en la percepción que tienen los sujetos

7. Hipótesis

Hipótesis nula:

- La lipoatrofia facial no afecta la percepción de la imagen corporal que tienen los sujetos VIH positivo de sí mismos.

Hipótesis alterna:

- La lipoatrofia facial afecta la percepción de la imagen corporal que tienen los sujetos con VIH positivo de sí mismos.

8. Metodología:

7.1 Tipo y Diseño del Estudio

Estudio observacional de corte transversal.

7.2 Población

- ***Población Diana:***

Personas con VIH positivo en tratamiento con terapia antirretroviral, en Bogotá durante el año de 2012.

- ***Población Accesible:***

Personas con VIH positivo en tratamiento con terapia antirretroviral, usuarios del programa B24 del Hospital Universitario Barrios Unidos de la ciudad de Bogotá, entre Marzo a Junio de 2012.

7.2.1 Criterios de selección

Criterio de inclusión:

1. Mujeres y hombres mayores de 18 años de edad.
2. VIH positivo.
3. Estar en terapia antirretroviral más de 12 meses.
4. Aceptar de manera voluntaria el diligenciamiento del cuestionario.

Criterios de exclusión:

1. Sujetos con incapacidad mental, legal o física para comprender y aceptar la aplicación del cuestionario.

2. Antecedente de tratamientos con fines estéticos a nivel facial.

7.2. Tamaño de muestra y estrategia de muestreo

La fórmula para determinar la muestra fué la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \alpha/2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Descripción:

n = Población diana accesible.

Z = Confiabilidad.

P = Prevalencia estimada de la lipoatrofia en la zona del proyecto.

Q = 1 - P

d² = Precisión absoluta.

El tamaño de la muestra fué de 126 pacientes, para evaluar la hipótesis de investigación en la que la lipoatrofia facial afecta la percepción de la imagen corporal que tienen los sujetos con VIH positivo; se esperó que esta fuera mayor del 50%, con una confiabilidad del 95% y un poder del 80%.

7.3 Definición operacional de variables:

Variable	Definición operacional	Escala	Tipo de Variable	Nivel de Medición
Imagen corporal	Percepción de la imagen corporal en el momento de la aplicación del cuestionario mediante una escala visual análoga.	Escala visual análoga en regla de 10 cm, se califica de 1-10 en los extremos se encuentran los textos “Totalmente insatisfecho” y “Completamente satisfecho”	Cuantitativa	Discreta
Edad	Edad cronológica de cada paciente consignada en años cumplidos al momento del diligenciamiento del cuestionario.	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Género	Rasgo biológico propio que identifica un ser como macho o hembra.	M (masculino), F (femenino)	Cualitativa	Nominal
Estrato socioeconómico	Nivel en el que se encuentra un individuo dado por las posibilidades económicas en el momento del diligenciamiento del cuestionario.	1,2,3,4,5,6	Cualitativa	Ordinal
Opción sexual	Preferencia sexual de acuerdo al género	Homosexual, Heterosexual, Bisexual, Otro.	Cualitativa	Nominal

Nivel de educación alcanzado	de Nivel de estudios que terminó o que actualmente se encuentra cursando en el momento del diligenciamiento del cuestionario.	Primaria Bachillerato Técnico Profesional Especialización Ninguno	Cualitativa	Nominal
Composición del hogar	Número de personas con las que se vive y tipo de relación o parentesco con esas personas en el momento del diligenciamiento del cuestionario	Pareja, hijo(a), yerno/nuera, nieto(a), Padre/Madre, Suegro(a), Hermano(a), Hermanastro(a), otro pariente, otro no pariente.	Cuantitativa	Discreta
Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., del individuo en el momento del diligenciamiento del cuestionario.	Soltero, casado, viudez, separado, unión libre, otro.	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Actividad laboral ordinaria en la que se desempeña el individuo en el momento del diligenciamiento del cuestionario.	Empleado, desempleado, estudiante, pensionado, otro.	Cualitativa	Nominal
Apoyo psicológico	Atención profesional que busca comprender y mejorar el pensamiento y comportamiento del paciente.	Si / No	Cualitativa	Nominal
Apoyo comunitario	Soporte personal por medio de redes sociales	Si / No	Cualitativa	Nominal

Adicciones	Estado de dependencia psicofísica causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco o conducta (Alcohol, marihuana, cocaína, heroína, popper, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones.	Tres veces por semana, dos veces por semana, una vez por semana, una vez al mes, ninguna.	Cuantitativa	Discreta
------------	---	---	--------------	----------

7.4 Procedimientos de medición, recolección y sistematización

Para el desarrollo de este estudio se incluyeron 126 sujetos, hombres y mujeres, que cumplieron con los criterios de selección y asistieron a la consulta B24 del Hospital Universitario Barrios Unidos durante el periodo de tiempo comprendido entre Marzo y Junio del 2012.

La realización de este estudio comprendió una fase, la cual describiré a continuación.

A todos los sujetos se les realizó la aplicación de un cuestionario semi-estructurado con el fin de obtener datos sociodemográficos generales y evaluar la percepción de la imagen corporal que tienen de sí mismos con relación al área afectiva, social, laboral y ocupacional.

Antes de realizar la aplicación del cuestionario a los 126 sujetos seleccionados, se realizó una prueba piloto teniendo como muestra un total de 15 sujetos (corresponde al 11.1% de la población a estudio) diferentes a la población que se encuestó, estas personas de la misma

manera cumplieron con los criterios de selección. La finalidad de realizar esta prueba piloto fue la de evaluar el grado de comprensión y entendimiento del texto, la claridad del lenguaje y la aceptación por parte de los encuestados del tipo de preguntas realizadas. Este análisis se realizó con los datos obtenidos del diligenciamiento de un formato predeterminado por parte del encuestador (Ver anexo 2).

7.4.2 Técnica e instrumento de recolección de información

Una vez el sujeto aceptó participar en el estudio de manera voluntaria, el investigador verificó el cumplimiento de los criterios de selección. Posteriormente, el encuestador explicó breve y claramente al encuestado como debía diligenciar el cuestionario. Para este fin, el encuestado se encontraba en un lugar privado e iluminado, el cual estaba dotado de una silla cómoda, y de los implementos necesarios (tabla porta papel, lápiz, borrador, sacapuntas) para diligenciar dicho cuestionario.

Una vez se diligenció el cuestionario, el encuestador recibió el mismo para su almacenamiento y posterior tabulación de datos allí consignados, con el fin de realizar el análisis estadístico correspondiente.

El cuestionario que se aplicó contiene un total de 50 preguntas, de las cuales las enumeradas de 1 a 6 indican cambios físicos como consecuencia del uso de medicamentos antirretrovirales:

Desde que inició sus medicamentos para el VIH usted ha notado:

1. Un aumento en el tamaño de su cintura o la necesidad de aumentar la talla de su cinturón.
2. Un aumento en el tamaño de su pecho o busto o la necesidad de aumentar la talla de sus camisetas, blusas o sostén.
3. Un aumento de la grasa a nivel de su espalda o parte posterior del cuello.

4. Una disminución en el grosor o hundimiento de sus mejillas (pérdida de grasa en la cara).
5. Una disminución en el tamaño de sus nalgas (pérdida de grasa a nivel de sus nalgas).
6. Una disminución en el grosor o adelgazamiento de sus brazos o piernas (pérdida de grasa a nivel de sus brazos o piernas).

Los sujetos que respondieron afirmativamente a la pregunta número 4, continuaron con el diligenciamiento del cuestionario y los que respondieron en forma negativa, regresaban el formato al investigador. Sin embargo todos los datos fueron incluidos para realizar el análisis estadístico.

El cuestionario contiene 31 preguntas que abarcan las áreas afectiva, social y laboral de la siguiente manera:

El área afectiva se evaluó mediante las siguientes preguntas:

Desde que inicio sus medicamentos para el VIH usted se ha sentido:

- Frustrado(a) con su apariencia.
- Molesto(a) porque se siente impotente frente a los cambios que ocurren en su cara.
- Menos seguro(a) de si mismo.
- Insatisfecho(a) consigo mismo.
- Apenado(a) por la forma en que se ve.
- Preocupado(a) porque cree que su infección por VIH está empeorando.
- Preocupado(a) por la posibilidad de morir.
- Triste o deprimido(a).
- Deseo de cambiar sus medicamentos para el VIH.
- Deseo de suspender sus medicamentos para el VIH.
- Mal con su apariencia cuando se observa en un espejo.

El área social se evaluó mediante las siguientes preguntas:

Desde que inicio sus medicamentos para el VIH usted se ha sentido:

- Molesto(a) porque las personas puedan pensar que está enfermo.

- Preocupado(a) porque las personas puedan saber que tiene VIH.
- La necesidad de evitar el estar rodeado(a) por otras personas.
- Menos atractivo(a) para los demás.
- Solitario(a).
- Excluido(a).
- Deseo de evitar tener sexo o intimidad con otra persona.
- Deseo de rechazar el participar en reuniones sociales porque se siente mal con su figura o apariencia.

El área laboral y ocupacional se evaluó mediante las siguientes preguntas:

Desde que inicio sus medicamentos para el VIH usted se ha sentido:

- Con menos oportunidades laborales u ocupacionales.
- Con menos oportunidades educativas.
- Vulnerado su derecho a la educación por cuenta de conductas discriminatorias frente a su enfermedad.
- Vulnerado su derecho al trabajo por cuenta de conductas discriminatorias frente a su enfermedad
- Disminuida su productividad en el área laboral.
- Disminuida su productividad en el área educativa.
- Preferencia por desempeñar cargos laborales en los que no tenga contacto directo con más personas.
- Necesidad de alargar sus jornadas laborales con el fin de evitar contacto con sus compañeros de trabajo.
- Deseo de renunciar al cargo laboral que desempeña.
- Que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en el trabajo
- Que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en el estudio.
- Que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en la realización de sus actividades diarias.

Las anteriores preguntas fueron alternadas entre sus categorías con la finalidad de obtener una respuesta No sesgada por parte del sujeto encuestado.

Adicionalmente dentro del formato del cuestionario se encontraban incluidas once preguntas de carácter sociodemográfico (Ver anexo 1).

7.5 Plan de análisis

En el análisis estadístico de este estudio observacional de corte transversal se realizó de la siguiente manera:

Los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario fueron analizados teniendo en cuenta medidas descriptivas y medidas de asociación.

Medidas descriptivas

- Variables cualitativas: Mediante distribuciones absolutas y relativas expresadas en porcentajes.
- Variables cuantitativas: Mediante medidas de tendencia central contemplando el promedio y la mediana, medidas de dispersión y desviación estándar.

Medidas de asociación

Para determinar asociación entre la percepción de la imagen corporal y lipoatrofia facial se emplearon:

- Ji-Cuadrado de Pearson.
- Test exacto de Fisher (valores esperados menores a 5).
- El OR y razones de prevalencia y sus intervalos de confianza del 95%.

Se construyó un modelo multivariado de regresión logística incondicional.

Las pruebas estadísticas se evaluaron a un nivel de significancia menor al 5% ($p < (0.05)$).

7.6 Control de Sesgos

Para controlar los sesgos de información se eligió un profesional del área de la salud idóneo para la aplicación de la encuesta, conocedor de los objetivos del estudio, aspectos clínicos del VIH, de la terapia antirretroviral y sus efectos secundarios, haciendo especial énfasis en la lipoatrofia facial.

Posteriormente se realizó una prueba piloto que sirvió para corroborar el grado de entendimiento y cumplimiento de los lineamientos dados al encuestador en la capacitación inicial. Una vez el encuestador estuvo familiarizado con el procedimiento indicado se procedió al trabajo de campo.

Para evaluar la confiabilidad de los datos tabulados, se realizó una evaluación al azar del 10% de los cuestionarios digitados con el fin de verificar la tabulación correcta de los mismos.

7.7 Aspectos éticos

El estudio fue presentado en dos ocasiones (Septiembre 10 de 2010 y Noviembre 3 de 2011) ante el Comité de Ética de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y el Comité de Ética de Investigaciones del Hospital Universitario Mayor MEDERI. Según lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”) del Ministerio de Salud, éste trabajo es considerado con un riesgo inferior al mínimo, ya que se trata de un trabajo que no contempla procedimientos intervencionistas. Los objetivos, alcances y resultados del estudio serán de conocimiento para las personas participantes y por la comunidad académica. Los datos y registros se archivaron de forma tal que se proteja la confidencialidad de los individuos. La participación de los sujetos en el estudio fue de carácter voluntario, anónimo y confidencial.

Para dar cumplimiento a la resolución anteriormente mencionada y acogiéndonos al párrafo primero del artículo 15 de la misma, en cuanto a la encuesta se refiere, se puso a consideración del comité de ética la posibilidad de lograr el consentimiento mediante un breve encabezado al inicio de la encuesta (Ver anexo 1).

Este estudio siguió los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”).

Se recibió aprobación por parte del Comité de Ética de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y el Comité de Ética de Investigaciones del Hospital Universitario Mayor MEDERI el 12 de Enero de 2012.

8. Organigrama



9. Cronograma

Año	2009										
Actividad / Mes	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Propuesta											
Asesoría metodológica											
Observaciones											
Diseño de protocolo e instrumento											
Observaciones y ajustes											
Entrega protocolo											

Año	2010											
Actividad / Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Observaciones												
Correcciones y ajustes de instrumento (Encuesta)												
Elaboración Instructivo para prueba piloto												
Observaciones y correcciones instrumento e instructivo												
Preparación documentos para comité de ética												
Evaluación comité ética UR												

Año	2011											
Actividad / Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Evaluación comité ética UR												
Presentación y evaluación Hospital Mederi												
2da Evaluación comité de Etica UR												

Año	2012											
Actividad / Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Recolección de pacientes y prueba piloto												
Evaluación prueba piloto y ajustes de encuesta												
Implementación trabajo de campo												
trabajo de campo: Hospital Barrios unidos												
Tabulación y revisión de resultados												
Análisis estadístico												
Análisis de resultados												
Entrega trabajo grado												
Correcciones 1 evaluador												

10. Presupuesto

1. Personal (Salarios y seguridad social, servicios de profesionales)	Valor Unitario	Unidades	Valor Total
• Investigadores principal	7.000.000	1	7.000.000
• Analista estadístico	5.000.000	1	5.000.000
• Diseñador grafico	150.000	1	150.000
2. Material inventariable (Gastos de inversión en equipamiento científico y demás material inventariable y bibliográfico)	Valor Unitario	Unidades	Valor Total
• 1 computador portátil	1.000.000	1	1.000.000
• Material bibliográfico	200.000	5	1.000.000
3. Material fungible	Valor Unitario	Unidades	Valor Total
• Material diverso de oficina	50.000	1	50.000
• Cartuchos de impresora láser	50.000	1	50.000
• Paquetes papel	10.000	1	10.000
• 150 fotocopias	100	150	15.000
4. Gastos generales de gestión	Valor Unitario	Unidades	Valor Total
• Internet	100.000	3	300.000
• Gastos postales	10.000	10	100.000
	Subtotal		15.675.000
• Imprevistos 10%			1.567.000
Total		17.242.000	

11. Resultados

Percepción de imagen

El grado de satisfacción en cuanto a apariencia física a nivel facial tuvo un promedio de 5.01 ± 2.69 y una mediana de 5.60 y vario entre 1 y 10, siendo 1 el valor más frecuente (14%) seguido de 6.5 (8.5%). (Figura 1)

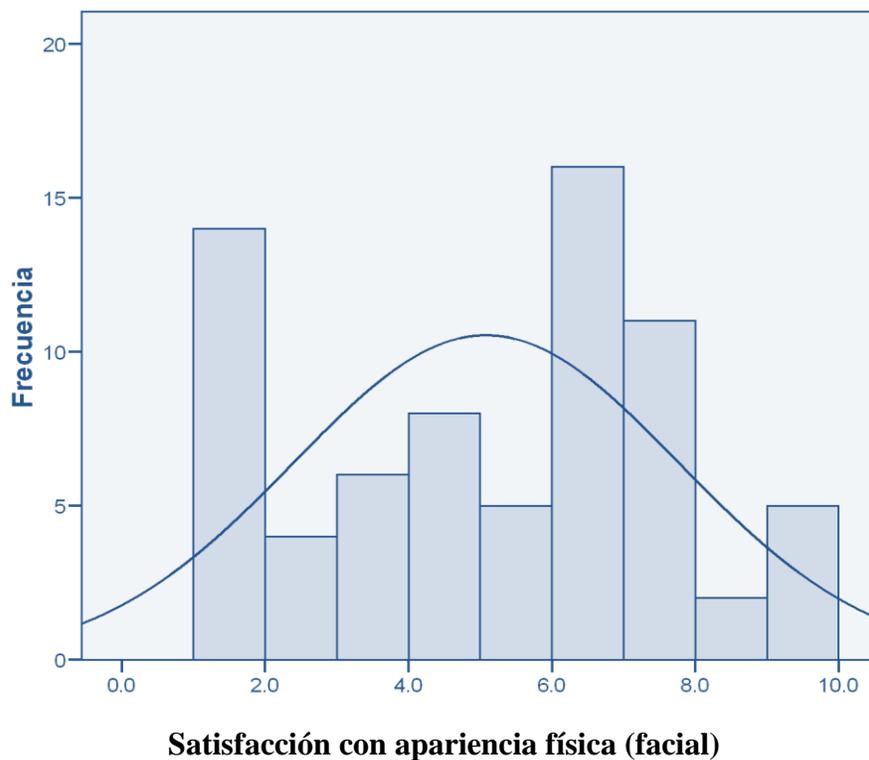


Figura1: Grado de satisfacción con apariencia física facial de sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. (Marzo- Junio 2012).

Prevalencia de lipoatrofia facial

El grupo objeto de estudio fue conformado por 126 sujetos con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana VIH con tratamiento antiretroviral, de los cuales 72 informaron presentar lipoatrofia facial en el momento del estudio, lo que correspondió a una prevalencia del 57.1%.

Características Sociodemográficas

La edad promedio de los sujetos con lipoatrofia facial fue de 46.5 ± 6.2 años, con una mínima edad de 20 años y una máxima de 64 años, siendo más frecuente el grupo etario entre 40 y 49 años. (Tabla 1)

El género predominante fue el masculino con más del 90%, el estado civil con mayor frecuencia fue soltero y en su mayoría vivían con los padres o solos. La ocupación predominante fue la de pensionados y por nivel educativo el predominio fue la secundaria completa y menos del 5% informaron tener formación en especialización. (Tabla 1)

El estrato socioeconómico más frecuente fue el 2 (56.3%) seguido del 3 (22.5%). La orientación sexual en orden de frecuencia fue homosexualidad (54.2%) seguida de heterosexualidad (36.1%).

Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol en los sujetos fue del 56.5%, de marihuana un 2.8% y no se reportó consumo de heroína, bazuco ni éxtasis. (Tabla 1)

Tratamiento antiretroviral

De los 72 pacientes con lipoatrofia facial, 50 (70.4%) tuvieron terapia antiretroviral por un periodo de tiempo superior a 6 años y solo 4 pacientes (5.6%) por 3 años. (Tabla 1)

Apoyo psicológico y comunitario

Recibieron apoyo psicológico un 66.2% (n=47) de los sujetos y apoyo de la comunidad un 32.4% (n=23), siendo específicamente el apoyo familiar (n=14), ONG y fundaciones relacionadas (n=3).

Impacto área afectiva

Se encontró que el 88.7% de los pacientes con lipoatrofia facial estuvieron tristes o deprimidos, el 80.3% de los sujetos se sintieron frustrados con su apariencia, el 76.1% se encontraron molestos porque se sienten impotentes frente a los cambios que ocurren en su cara. Más del 70% de los pacientes con lipoatrofia facial estuvieron insatisfechos consigo mismos. El 60.6% sintieron deseo de cambiar sus medicamentos, mientras que el 45.1% desearon suspenderlos. (Tabla 2)

Impacto en área social

El 88% (n=63) de los pacientes reportaron preocupación porque las personas puedan enterarse de su infección por VIH, el 81% (n=57) se sintieron solitarios y más del 50% excluidos. (Tabla 3)

Impacto en área social

El 88% (n=63) de los pacientes reportaron preocupación porque las personas puedan enterarse de su infección por VIH, el 81% (n=57) se sintieron solitarios y más del 50% excluidos. (Tabla 3)

Tabla 1: Caracterización socio demográfica sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. Bogotá - Colombia (Marzo- Junio 2012)

Características sociodemográficas	<i>n</i>	%
Género		
• Masculino	65	91.5
• Femenino	6	8.5
Estado civil		
• Soltero (a)	45	63.4
• Separado (a)	11	15.5
• Casado (a)	7	9.9
• Unión libre	5	6.9
• Viudo	3	4.2
Persona(s) con las que vive actualmente el sujeto		
• Solo(a)	20	28.2
• Padres	18	25.4
• Hermano (a)	11	15.5
• Pareja	10	14.1
• Hijo (a)	7	9.9

Consumo de sustancias		
Psicoativas	<i>n</i>	%
• Popper	2	2.8
• Cocaína	1	1.4
Tratamiento Antirretroviral	<i>n</i>	%
• Menos de 3 años	4	5.6
• De 3 a 4 años	3	4.2
• De 4 a 5 años	1	1.4
• De 5 a 6 años	13	18.3
• Más de 6 años	50	70.4

Tabla 1: Caracterización socio demográfica sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. Bogotá - Colombia (Marzo- Junio 2012)

Impacto área laboral y ocupacional

El 53.5% y el 42.9% de los pacientes con lipoatrofia facial informaron tener menos oportunidades laborales y educativas respectivamente.

Más del 55% de los sujetos reportaron disminución en su productividad laboral y el 44.8% informaron vulneración de su derecho al trabajo por cuenta de conductas discriminatorias frente a su enfermedad. El 43.1% consideraron que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en el trabajo (Tabla 4).

Tabla 2: Impacto área afectiva en sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. Bogotá - Colombia (Marzo- Junio 2012)

Desde que inicio sus medicamentos para el VIH, ud. ha sentido	<i>n</i>	%
Mal con su apariencia cuando se observa en un espejo.	52	73.2
Apenado(a) por la forma en que se ve.	47	68.1
Menos seguro(a) de si mismo	41	60.3
Preocupado(a) porque cree que su infección por VIH está empeorando.	41	57.7
Preocupado(a) por la posibilidad de morir.	22	32.4

Tabla 3: Impacto área social en sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. Bogotá - Colombia (Marzo - Junio 2012)

<i>Desde que inicio sus medicamentos para el VIH, ud. ha sentido</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Molestia porque las personas puedan pensar que está enfermo	58	81.7
Deseo de evitar tener sexo o intimidad con otra persona.	53	74.6
La necesidad de evitar el estar rodeado(a) por otras personas	45	63.4
Deseo de rechazar el participar en reuniones sociales porque se siente mal con su figura o apariencia	44	62.9
Menos atractivo(a) para los demás	33	47.8

Diferencias entre grado de percepción de imagen y características sociodemográficas.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción de apariencia física a nivel facial con los diferentes aspectos sociodemográficos excepto en los pacientes que recibieron apoyo psicológico (P 0.027), lo que corresponde a un grado de

satisfacción mayor con su apariencia física respecto a los que no tuvieron apoyo psicológico.

Tabla 4: Impacto área laboral en sujetos con VIH y lipoatrofia facial. Consulta B24. Hospital Universitario Barrios Unidos. Bogotá - Colombia (Marzo - Junio 2012)

Desde que inicio sus medicamentos para el VIH, ud. ha sentido	<i>n</i>	%
• Que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en la realización de sus actividades diarias.	33	47.8
• Preferencia por desempeñar cargos laborales en los que no tenga contacto directo con más personas.	24	37.5
• Disminución de productividad en el área educativa	23	41.8
• Vulneración su derecho a la educación por cuenta de conductas discriminatorias frente a su enfermedad.	20	35.1
• Necesidad de alargar sus jornadas laborales con el fin de evitar contacto con sus compañeros de trabajo.	21	34.4
• Deseo de renunciar al cargo laboral que desempeña.	20	33.9
• Que su apariencia física interfiere con su capacidad de concentración en el estudio.	19	32.8

12. Discusión y conclusiones

En la percepción de imagen por parte de los sujetos a estudio, los cambios faciales y corporales que se presentan como consecuencia del tratamiento antiretroviral, crean un estigma que influye directamente sobre la calidad de vida de cada uno. La lipoatrofia facial particularmente, se encuentra asociada con la mayoría de efectos deletéreos a nivel psicológico debido a la importancia de la apariencia física en términos de identidad.

En este estudio se evidenció un bajo grado de satisfacción respecto a la apariencia física por cuenta de los cambios morfológicos a nivel facial que percibe el paciente durante el tratamiento antiretroviral, lo que coincide con reportes encontrados en la literatura.

En cuanto a la prevalencia de lipoatrofia facial asociada a la terapia antiretroviral, ésta se desconoce por la variedad de metodologías empleadas en su determinación. A pesar de esto en este trabajo se documentó una prevalencia de 57.1%, la cual coincide con cifras reportadas en pacientes españoles, pero resulta superior a la reportada en la mayoría de los estudios (1–24%)^{1, 30,32}. Vale la pena mencionar que la determinación de esta fue subjetiva, basada en la auto-percepción del paciente y no existió evaluación objetiva por parte de un clínico para determinar la existencia de esta.

Respecto a la caracterización sociodemográfica de esta población, el riesgo de desarrollar lipoatrofia facial que tiene un paciente VIH positivo que esté recibiendo terapia antiretroviral no es preciso. No obstante en la literatura se describe la existencia de un riesgo más elevado para las mujeres¹⁵, hecho que no coincide con este trabajo ya que el género predominante fue el masculino con más del 90%. Sin embargo, este valor no es concluyente ya que el género que predominó en los sujetos incluidos en el estudio fue el masculino. En cuanto a la edad y la orientación sexual los resultados obtenidos coinciden

con lo reportando en la literatura, donde la lipoatrofia facial se presenta con mayor frecuencia en pacientes con edad avanzada y con orientación homosexual¹⁵.

Con relación a la exposición a los antiretrovirales, se conoce que entre mayor sea esta, mas riesgo de lipodistrofia existe. Según lo reportado en estudios previos, aproximadamente el 50% de los pacientes que llevan un año en tratamiento con terapia antiretroviral presentan por lo menos un signo de lipodistrofia²². Sin embargo, se ha demostrado que el desarrollo de la lipodistrofia y su severidad no solo está asociada a las terapias con antirretrovirales sino que factores propios de cada paciente, características propias de la infección por el VIH, alteraciones inmunes, recuperación inmune, entre otras, juegan un rol importante^{1,16,30,31}. En este estudio, se logra documentar manifestaciones físicas correspondientes a lipoatrofia facial en pacientes con terapia antiretroviral, por un periodo de tiempo superior a 3 años, siendo mayor el porcentaje en pacientes expuestos por más de 6 años. En futuros estudios, valdría la pena identificar y analizar factores específicos de cada individuo como la raza, el estado nutricional y la composición corporal. También es importante conocer además del tiempo de exposición, el medicamento específico al que se encuentra adherido el paciente, para predecir de manera precisa el riesgo que existe de desarrollar algunos de los signos del síndrome de lipodistrofia.

La adaptación psicológica, en el caso de las personas infectadas por el VIH es muy compleja por las características específicas de la infección y la gran variedad de factores relacionados con la enfermedad, entre los cuales podemos mencionar el tratamiento antiretroviral, los efectos secundarios que este mismo conlleva, los aspectos relacionados con la personalidad, la capacidad de afrontamiento, el soporte familiar, las redes de apoyo y los aspectos socioculturales vinculados a esta enfermedad⁴². Los resultados del estudio, evidencian un mayor grado de satisfacción con la apariencia física en pacientes que recibieron apoyo psicológico, convirtiéndose éste último en una herramienta de vital importancia para paliar el impacto emocional de las situaciones críticas y realizar el manejo adecuado de las variables de ansiedad y depresión entre otras, para facilitar el ajuste de los pacientes a sus entornos habituales: afectivos, sociales, laborales y ocupacionales.

La presencia de lipoatrofia facial y la percepción corporal que tiene el sujeto de si mismo, impacta las áreas afectiva, social, laboral y ocupacional de cada individuo. Por tanto, el estigma y la discriminación asociados al VIH, llevan a que el paciente viva su enfermedad en secreto, implicando un alto costo a nivel emocional, acompañado de un escaso soporte social. En este aspecto, las reacciones familiares y de personas cercanas, el miedo a la pérdida de empleo, el nivel de interferencia de los síntomas con las rutinas y actividades diarias, la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario, se convierten en una importante fuente de estrés añadida a la enfermedad misma^{40,41,42}.

En este trabajo se encontró que para las personas con VIH y lipoatrofia facial, la presencia de esta última sobre la cotidianidad aunque no fue estadísticamente significativa, si resultó trascendental, pues se logró demostrar con porcentajes importantes, emociones y alteraciones psicológicas que impactan directamente el área afectiva de cada individuo, entre estas la inseguridad, insatisfacción y vergüenza consigo mismos, la necesidad de evitar entablar relaciones afectivas por miedo al rechazo y discriminación, por la existencia de su enfermedad. También se evidenció con porcentajes elevados, una tendencia importante a suspender el tratamiento antiretroviral, para evitar la progresión de los cambios morfológicos que estos producen a nivel facial específicamente. Esta falta de adherencia al tratamiento, representa una serie de cambios negativos que afectarían directamente la salud del paciente y el sistema de salud de la ciudad en este caso.

La lipoatrofia facial asociada al tratamiento antiretroviral impacta significativamente las áreas social, laboral y ocupacional, pues se hacen evidentes la exclusión, el aislamiento, la disminución de oportunidades educativas, laborales y ocupacionales por cuenta del estigma social que genera padecer VIH y lipoatrofia facial. Pese a que la mayoría de sujetos que participaron en el estudio fueron pensionados y el empleo ocupa un segundo plano, estos hallazgos son de vital importancia ya que la edad promedio de los afectados se encontró en

los 46.5 años, edad aspiracional y de alta productividad en nuestro país en el campo educativo, laboral y ocupacional, cualidades que se ven menospreciadas por cuenta del estigma que genera padecer VIH.

Este estudio fué diseñado para evaluar si la lipoatrofia facial; uno de los efectos secundarios mas frecuentes en pacientes que reciben tratamiento antiretroviral; afecta la percepción de la imagen corporal que tienen los sujetos de sí mismos y como esta impacta el área afectiva, social, laboral y ocupacional de cada individuo. Evidentemente se encontró, que la autopercepción de imagen corporal que tienen los sujetos con lipoatrofia facial asociada al VIH, crea un impacto negativo en las áreas mencionadas. Por esta razón, esta población se convierte en un reto para los profesionales y autoridades de la salud, quienes estamos llamados a hacer un aporte importante en cuanto al diseño e implementación de estrategias en salud publica, que les permitan a estos pacientes acceder a un sistema de salud completo, que les brinde todos los medios para obtener un diagnostico temprano y tratamiento integral de esta enfermedad, donde el objetivo principal sea mejorar las condiciones de salud, además de mejorar aspectos no menos importantes como la apariencia física de estas personas, con la finalidad de asegurar adherencia al tratamiento, mejorar el estado de salud de estos pacientes, optimizar la calidad de vida, reducir los costos del sistema de salud y disminuir el estigma social que actualmente conlleva ser portador del VIH.

La debilidad de este estudio se relaciona con la falta de un grupo control que permita comparar directamente el impacto que ocasiona presentar o no lipoatrofia facial en la percepción de la imagen corporal y su afectación en las áreas mencionadas anteriormente. Sin embargo, se pueden realizar algunas observaciones importantes basadas en los resultados obtenidos.

13. Bibliografía

1. García M. Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicología y Salud (México)*. 2004; 14: 5-11.
2. Naini FB, Moss JP, Gill DS. The enigma of facial beauty: aesthetics, proportions, deformity, and controversy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006; 130: 277-82.
3. Rumsey N, Clarke A, White P et al. Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *J Adv Nurs*. 2004; 48: 443-53.
4. Bayer R. Historia de la estética. Editorial Manual Moderno; 2002.
5. Eco H. Historia de la estética. Italia: Editorial Lumen, 2005.
6. Hansen B. Desarrollo en la edad adulta. México: Editorial Manual Moderno, 2002.
7. Blanch J, Rousaud A, Martinez E, De Lazzari E, Milinkovic A, Peri JM, Blanco JL, Jaen J, Navarro V, Massana G, Gatell JM: Factors Associated with Severe Impact of Lipodystrophy on Quality of Life of Patients Infected with HIV-1. *Clin Infect Dis* 2004;38:1464-1470.
8. Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read*. 2000;10:546-550.
9. Guaraldi G, Orlando G, Murri R, et al. 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. Qual Life Res. 2006;15:173–178.

10. Martínez E. Actitud ante las alteraciones metabólicas y de distribución de la grasa corporal en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana que reciben tratamiento antirretroviral. Documento de Consenso de GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida 2002.
11. Papalia, D. Desarrollo humano. México: Editorial Mc Graw Hill, Interamericana, 2007.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia; 2012.
13. Secretaria distrital de salud dirección de salud pública. Situación de la epidemia por VIH en el distrito capital primer semestre de 2011. Bogota, Colombia; 2011.
14. Blanco F. Lipodistrophy Síndrome: Diagnostic, clinic and therapeutic aspects. AIDS Rev. 2001; 3: 98-105.
15. Chen D, Misra A, Garg A. Clinical review 153: Lipodystrophy in human immunodeficiency virus-infected patients. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 4845-4856.
16. Rodríguez S. Anormalidades metabólicas en pacientes con infección por VIH. Rev Invest Clin 2004; 56: 193-208.
17. Lyon DE, Truban E. VIH-related lipodystrophy: a clinical syndrome with implications for nursing practice. J Assoc Nurses AIDS Care. 2000; 11: 36-42.

18. Carr A, Emery S, Law M, Puls R, Lundgren JD, Powderly WG. An objective case definition of lipodystrophy in VIH-infected adults: a case-control study. *Lancet* 2003; 361: 726-735.
19. James J, Carruthers A, Carruthers J. VIH-associated facial lipoatrophy. *Dermatol Surg* 2002; 28: 979-986.
20. Martinez E. Lipodystrophy Syndrome in Patients with VIH infection. *Drug Safety* 2001; 23: 157-66.
21. Puttawong S, Prasithsirikul W, Vadcharavivad S. Prevalence of lipodystrophy in Thai-VIH infected patients. *J Med Assoc Thai* 2004; 87: 605-611.
22. Robinson FP. VIH lipodystrophy syndrome: a primer. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2004; 15: 15-29.
23. Tershakovec AM, Frank I, Rader D. VIH-related lipodystrophy and related factors. *Atherosclerosis* 2004; 174: 1-10.
24. McComsey, G. (2006). Reverse Transcriptase Inhibitors in HIV/AIDS Therapy; Infectious disease: Mitochondrial Toxicity and Lipodystrophy. 281-302. Cleveland: Humana press.
25. Tungsiripat, M; McComsey, G. Pathogenesis and management of lipoatrophy. *Current HIV/AIDS Reports*, 2008, Volume 5, Number 2, Pages 55-63.
26. Nelson, L; Stewart, K. Experience in the treatment of HIV-associated Lipodystrophy. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2008) 61, 366-371.

27. Yang Y, Sitoh YY, Oo TN et al. Facial fat volume in VIH-infected patients with lipoatrophy. *Antivir.Ther.* 2005; 10: 575-81.
28. Funk E, Bressler FJ, Brissett AE. Contemporary surgical management of VIH-associated facial lipoatrophy. *Otolaryngol.Head Neck Surg.* 2006; 134: 1015-22.
29. Nelson, L; Stewart, K. Psychological morbidity and facial volume in HIV lipodystrophy: Quantification of treatment outcome. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* (2012) 65, 439 - 447.
30. Nolan D, Mallal S. Antiretroviral-therapy-associated lipoatrophy: current status and future directions. *Sex Health* 2005; 2: 153-63.
31. Burgoyne R, Collins E, Wagner C et al. The relationship between lipodystrophy-associated body changes and measures of quality of life and mental health for VIH-positive adults. *Qual.Life Res.* 2005; 14: 981-90.
32. Dukers NH, Stolte IG, Albrecht N et al. The impact of experiencing lipodystrophy on the sexual behaviour and well-being among VIH-infected homosexual men. *AIDS* 2001; 15: 812-3.
33. Jones D. VIH facial lipoatrophy: causes and treatment options. *Dermatol.Surg.* 2005; 31: 1519-29.
34. Paul Schilder. *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, 1 edn. Barcelona: Paidós Ibérica, 1987.
35. Oette M, Juretzko P, Kroidl A et al. Lipodystrophy syndrome and self-assessment of well-being and physical appearance in VIH-positive patients. *AIDS Patient.Care STDS.* 2002; 16: 413-7.

36. Doltó F. La imagen inconciente del cuerpo. Barcelona: Paidós Ibérica, 1986.
37. Varas Días, N, Toro J. My body, my stigma: Body interpretations in a sample of people living with VIH/AIDS in Puerto Rico. *The Qualitative Report* 2005; 10: 122-42.
38. Päivi, P. Body Image: A tripartite model for the use in dance movement therapy. *American Journal of Dance Therapy* 2003; 25: 39-55.
39. Zaidel DW, Aarde SM, Baig K. Appearance of symmetry, beauty, and health in human faces. *Brain Cogn* 2005; 57: 261-3.
40. Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, Li CK. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care STDS* 2002 Feb; 16 (2): 83-96.
41. Inoue Y, Yamazaki Y, Seki Y, Wakabayashi C, Kihara M. Sexual activities and social relationships of people with HIV in Japan. *AIDS Care*. 2004 Apr.16 (3):349-62.
42. Honn V J, Bornstein R A. Social support, neuropsychological performance, and depression in HIV infection. *J Int Neuropsychol Soc* 2002 Mar;8 (3): 436-47.
43. Morais A P. *et al.* Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in hiv patients: considerations for psychosocial aspects. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 set-oct; 15, (5).
44. Fleury E; Almeida A. Psychological well-being, coping and lipodystrophy in hiv/aids people. *Psicologia em Estudo*, Maringá 2008 Abr./jun 13, (2): 239-247.

45. Seron R; et al. Facial lipoatrophy: appearances are not deceiving. Journal of the association of nurses in aids care, 2009 may/june 20, (3): 169-175

14. Anexos

Anexo 1: Cuestionario

Anexo 2: Instructivo para la aplicación de la encuesta piloto

Anexo 2: Instructivo para la aplicación de la encuesta piloto

Antes de entregar el cuestionario, por favor explique breve y claramente al encuestado que los datos allí consignados son anónimos y confidenciales, de la misma manera indique como se debe diligenciar la encuesta.

Verifique que el formato tenga diligenciadas las casillas correspondientes a la fecha y el número de formato.

El encuestado se debe encontrar en un lugar privado e iluminado, el cual debe estar dotado de una silla cómoda para diligenciar la encuesta.

Junto al formato a diligenciar no olvide entregar al encuestado lápiz, borrador y sacapuntas.

En la encuesta usted deberá registrar la hora de inicio y la hora de finalización del diligenciamiento.

El encuestador, una vez el encuestado haya terminado de diligenciar la encuesta, deberá realizarle las siguientes preguntas:

1. Considera que el diligenciamiento de la encuesta fue:

Fácil. Díficil

Porque:

2. ¿Considera usted que el lenguaje empleado es entendible?

Si No

En el caso de que la respuesta sea negativa deberá pedirle al encuestado que le explique por qué considera que el lenguaje empleado no es entendible:

3. Encontró alguna(s) palabra(s) cuyo significado desconociera o se prestara para confusión.

Sí No

En el caso de que la respuesta sea afirmativa deberá pedirle al encuestado que le diga cuál palabra no entendió o lo confundió.

4. Con alguna de las preguntas de la encuesta usted se sintió agredido, molesto o incomodo?

Sí No

En el caso de que la respuesta sea afirmativa deberá pedirle al encuestado que le diga con cual pregunta se sintió agredido, molesto o incómodo y porque.

Ante la presencia de cualquier inquietud por favor comuníquese con el Dr. Alberto Velez Van Meerbeke (Presidente comité de Ética, Universidad del Rosario) al teléfono: 3474570