



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Tema**

**“INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE EL  
AUTOCONCEPTO FÍSICO EN PACIENTES CON  
VIH/SIDA”**

**LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

**Autora**

Romina I. Guaschino

**Tutor**

Lic. Sergio de San Martín

**Asesor metodológico**

Andrés Cappelletti

**- FEBRERO, 2006 -**

## RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Intendente Carrasco de la ciudad de Rosario durante el período comprendido entre Junio y Diciembre del año 2005. La investigación fue diseñada con el propósito de determinar si la aplicación de actividad física-recreativa mejoraría el autoconcepto físico, la autoestima y por ende, la calidad de vida de personas con VIH/SIDA internadas en dicha institución.

Los participantes seleccionados (N= 9), completaron un cuestionario modificado de Marsh y Southerland, con el objetivo de evaluar el autoconcepto físico. Luego se aplicó un programa de actividad física-recreativa de dos estímulos semanales durante un mes. Al finalizar este período, se repitió el cuestionario para reevaluar el autoconcepto actual, que se complementó a través de la observación participante.

Los resultados reportaron una mejoría en los puntajes de percepción de las cualidades físicas como apariencia física, habilidad física, fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia.

Se pudo concluir que la actividad física-recreativa influyó positivamente en la mejoría del autoconcepto físico, de la autoestima y la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA internados en el hospital Carrasco.

Palabras Claves. HIV / SIDA – AUTOCONCEPTO FISICO – ACTIVIDAD FISICA

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>PALABRAS CLAVES</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>4</b>
<b>PROBLEMATICA</b>	<b>6</b>
<b>FUNDAMENTACION</b>	<b>7</b>
<b>SIDA</b>	<b>7</b>
Introducción	7
Etiología	8
Inmunología	8
Formas de transmisión	8
Epidemiología	9
Manifestación clínica y evolución de la enfermedad	10
Métodos diagnósticos	12
Tratamiento	13
Prevención	14
El estigma y la discriminación	15
El apoyo social y la salud	19
Aspectos psicológicos; la autoestima y la calidad de vida en personas viviendo con VIH/SIDA	20
Reacciones emocionales más frecuentes	22
<b>AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA</b>	<b>25</b>
Autoestima	25
Autoconcepto	26
Autoconcepto físico y actividad física	26
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>29</b>
Efectos	32
Cualidades físicas	34
<b>OBJETIVOS</b>	<b>37</b>
<b>MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>38</b>
<b>DESARROLLO</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>60</b>

## INTRODUCCIÓN

### **Interés personal- profesional:**

En el marco de la realización de las prácticas kinésicas supervisadas (voluntarias) de la cátedra de Terapéutica en Neurología que se llevan a cabo en el Hospital Intendente Carrasco (red de salud pública municipal), fuimos invitados por el servicio de Inmunología a formar parte del equipo multidisciplinario encargado de abordar al paciente inmunodeprimido internado en dicha institución.

El desafío fue aceptado por la cátedra aún sin tener experiencias ni precedentes similares.

La tarea de trabajar con personas que padecen SIDA no es sencilla. Se necesitan personas que estén “capacitadas” o con ganas de compartir momentos con estos pacientes, además de dejar de lado prejuicios preexistentes, característica que no es común encontrar, aún entre los trabajadores de salud.

Al consultar la bibliografía sobre el aporte kinésico o la implementación de la actividad física en esta área, se constató que la experiencia de intervención es nula o poco significativa.

La actividad física como forma de recreación para influir sobre los aspectos relacionados con la autoestima es considerada solamente en niños escolarizados. Por ejemplo, en la Universidad Nacional de Costa Rica se presentó una tesis que desarrolló los efectos de un programa de actividad física sobre el autoconcepto físico en adolescentes de un colegio urbano-marginal<sup>1</sup>. Permanece ausente la integración sistemática de la actividad física guiada a la recuperación y/o mantenimiento de la salud física, psíquica y social en pacientes con HIV.

### **Interés Institucional:**

El Hospital Intendente Carrasco pertenece a la red de salud pública de la municipalidad. Cada efector tiene un perfil propio que surge de las necesidades, problemáticas y características de la población que asiste.

Desde el inicio, el hospital se caracterizó por la atención de personas con enfermedades infecciosas principalmente; luego con el paso del tiempo y debido a los cambios sociales, económicos y sanitarios de la región, el hospital se “abrió” a la población con diversas afecciones.

La totalidad del equipo comparte la idea de la necesidad de promover la salud y tratar sus problemas desde un punto de vista más integral y que le permita al paciente hablar más de calidad de vida que de enfermedad.

### **Interés Social:**

La forma de contagio, el índice de letalidad y la carencia de alguna solución curativa nítida, han convertido al SIDA en una temible enfermedad de nuestro tiempo.

Comparte junto al cáncer, el estigma de enfermedad mortal, que afecta, en su mayor parte a personas de entre 15 y 40 años.

Además del estigma de enfermedad mortal, el SIDA plantea un panorama en el cual estamos todos incluidos; el SIDA no discrimina. A su vez el individuo que vive con sida se siente marginado socialmente mientras la misma sociedad le teme, y por lo tanto también lo discrimina.

La incorporación del profesional Kinesiólogo representa un intento de mejorar nuestra labor en promoción y tratamiento, así como también de mostrar a la sociedad nuestro aporte a la salud de la gente.

## PROBLEMÁTICA

La persona que padece de SIDA es impulsada, por esta enfermedad, a sufrir cambios fisiológicos, físicos, psicológicos, afectivos y sociales. Estas modificaciones de alguna forma pueden hacer variar su comportamiento afectando la autoestima y el autoconcepto de la persona.

La complejidad del SIDA demanda un tratamiento basado en la interdisciplina<sup>1</sup>. Las acciones realizadas por parte de los médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales son fundamentales. Si bien este equipo intenta abarcar la totalidad de las exigencias del tratamiento, existen áreas del paciente que quedan sin cobertura. El equipo interdisciplinario que presta servicio a los pacientes inmuno-deprimidos en el Hospital Intendente Carrasco comparte la impresión de que la persona viviendo con SIDA no recibe ningún tipo de abordaje desde el ámbito de la actividad física y la recreación.

Los efectos de un programa de actividad física son reconocidos por la totalidad de la comunidad científica. Pero la escasa información y el desconocimiento sobre cómo actúa dicha actividad física en pacientes tan complejos como aquellos que padecen SIDA, ha dejado a estas personas exentas de los amplios beneficios que la actividad física les brinda a las personas “sanas”. Es por esto, que se cree fundamental aportar datos obteniendo una respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Puede la actividad física influir positivamente en el autoconcepto y la autoestima de los pacientes inmunodeprimidos? Y en segundo lugar: ¿Qué efectos provoca la actividad física sobre la calidad de vida del paciente?

---

<sup>1</sup> Interdisciplina: conjunto de distintas disciplinas en torno a un problema a resolver, produciendo, así, un cambio y enriquecimiento entre las disciplinas intervinientes.

## FUNDAMENTACIÓN

### SIDA

#### **Introducción**

En 1981 algunos investigadores encontraron la ocurrencia de infecciones oportunistas causadas por patógenos microbianos intracelulares y un cáncer raro, el sarcoma de Kaposi, en poblaciones epidemiológicamente restringidas. Esta enfermedad primero se notó a mediados de 1979 y se caracterizó por defectos inmunitarios profundos, denominándosele síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los primeros casos se encontraron en hombres homosexualmente activos y en adictos a drogas intravenosas. Otros casos aparecieron en individuos que recibían transfusiones o tratamiento con componentes hematológicos, niños nacidos de madres que eran adictas a drogas intravenosas o prostitutas en quienes se identificó que tenían defectos y manifestaciones clínicas similares. Muchas personas con SIDA han tenido una enfermedad podrómica de duración variable caracterizada por fiebre, linfadenopatía generalizada, malestar general, pérdida de peso, candidiasis bucal y diarrea. Este síndrome podrómico se denominó complejo relacionado con el SIDA (ARC). La investigación de individuos sintomáticos y asintomáticos en los grupos de alto riesgo demostró que un estado de alteración inmunorregulatoria precede al desarrollo del SIDA. El diagnóstico del SIDA se basa en el hallazgo clínico de una infección oportunista, sarcoma de Kaposi o linfoma no-hodgking en el sistema nervioso central (normalmente de tipo de células B) o emaciación, trastornos que sugieren un defecto en la inmunidad mediada por células.<sup>2</sup>

## **Etiología**

El SIDA es una enfermedad infecciosa producida por el HIV que expresa la denominación inglesa “human immunodeficiency virus”, o en español VIH, por “virus de la inmunodeficiencia humana”.

El HIV es un virus RNA. El material genético del virus se encuentra dentro de un cor proteico. Alrededor del cor hay una envoltura externa con varias capas de proteínas. Ésta proteínas se adhiere a la superficie de moléculas CD4 de un número de células humanas, casi predominantemente linfocitos T cooperadores (CD4+).

Una vez que el virus se une a la superficie de linfocitos CD4+, transcribe su RNA dentro de la célula humana.

## **Inmunología**

Una sub-población de monolitos/macrófagos y linfocitos B también tienen moléculas de CD4 y suelen ser infectadas por el HIV. Los linfocitos que contiene CD4 (células T cooperadoras) desempeñan una función central en la regulación del sistema inmunitario. A través de una variedad de mecanismos, la infección por HIV causa un agotamiento y disfunción de los linfocitos CD4+. Los macrófagos/monocitos y las células B también forman parte del sistema de defensa del organismo.

La pérdida de células CD4+ y la infección de células B induce un estado en el cual el individuo no puede responder contra antígenos nuevos con una producción de anticuerpos específicos<sup>3</sup>.

## **Formas de transmisión**

Hasta ahora, solamente son tres las vías de contagio:



1. Relaciones sexuales (vaginales o anales)
2. Inyecciones o transfusión de sangre, productos derivados, semen, tejidos u órganos contaminados con HIV Este mecanismo es de suma importancia en el uso compartido de jeringas en la población de drogadictos.
3. Transmisión perinatal, de madre a hijo, durante el embarazo, el parto y - con menor eficiencia de transmisión- durante la lactancia.

Finalmente, existen casos aislados que demuestran que, aunque remota, es posible la transmisión derivada de la exposición accidental del personal de salud.

Como puede notarse, son pocas las vías de contagio; y en todos los casos involucra fluidos corporales. Por lo tanto ya no se usa el arraigado término “grupo de riesgo”, que incluía a drogadictos y homosexuales, para las personas “propensas” a contraer el virus; sino que se utiliza “conductas de riesgo” para determinar a las acciones que expondrían el organismo al contagio. Es en este marco, en el cual la sociedad está completamente involucrada en la propagación de la enfermedad ya que el SIDA hace años que dejó de ser un problema de homosexuales y drogadictos para pasar a ser un problema de la sociedad entera.

### **Epidemiología**

La epidemia surge inicialmente en la década de 1980 y los primeros casos se dieron en Norteamérica, luego en el centro de África y Europa Occidental, y a partir de entonces, la epidemia del VIH se ha ido extendiendo a todos los continentes en mayor o menor medida. Según la Organización Mundial de la Salud, el VIH se propaga a gran velocidad estimando que cada día se producen 16.000 nuevas infecciones<sup>4</sup>.

Las formas de transmisión del VIH son las mismas en todo el mundo. No obstante, las características sociales, culturales y económicas de cada lugar desempeñan un papel importante en el curso y en las características que adopta la epidemia<sup>5</sup>.

En los países en desarrollo, la pobreza, la desnutrición y las deficiencias sanitarias, sociales y educativas se suman al SIDA y a otros problemas de salud prevalentes. Ello hace más grave sus consecuencias y disminuye la capacidad de respuesta para frenar la progresión de la epidemia y atender las necesidades sanitarias y humanitarias que genera<sup>6</sup>.

Los patrones de transmisión y las tasas de incidencia varían mucho de unos lugares a otros; en Latinoamérica se han detectado cambios importantes en los patrones de transmisión en esta región. Inicialmente predominó la transmisión por prácticas homosexuales; pero en grandes zonas las prácticas bisexuales parecen haber sido el puente para la posterior expansión del VIH por vía heterosexual, y el consiguiente aumento de la proporción de mujeres entre los infectados<sup>7</sup>.

A lo mencionado anteriormente se le debe adicionar que en Latinoamérica de consumo de drogas, entre ellas, las inyectables, abarca a grandes zonas. El inicio de la epidemia en homosexuales con una segunda onda en usuarios de drogas inyectadas (UDI) y en población heterosexual caracteriza la epidemia en Brasil y en los países del cono sur, donde más de la mitad de todos los UDI podrían estar ya infectados<sup>8</sup>.

### **Manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad**

La enfermedad comienza con una fase aguda que puede durar alrededor de tres semanas, en las cuales muchas personas muestran síntomas como fiebre, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, exantema, dolores musculares y cefaleas. Estas dolencias se resuelven en un período de una a tres semanas. La tasa de replicación vírica

alcanza un mínimo en el plazo de seis meses manteniéndose en una especie de “punto de equilibrio”; como media pasan entre ocho a diez años antes de que se desarrolle una complicación importante relacionada con el VIH. Durante este período los pacientes se sienten bien y no muestran síntomas o muestran poco.

Esta aparente buena salud se debe a que los niveles de células T CD4 siguen siendo lo suficientemente altos como para defender al organismo. Pero con el tiempo las concentraciones de esta célula van disminuyendo de manera gradual. Cuando el nivel cae por debajo de 200 células por milímetro cúbico de sangre es cuando se dice que los enfermos tienen SIDA<sup>9</sup>.

La siguiente es una lista de infecciones y cánceres relacionados con el SIDA que las personas con esta enfermedad adquieren a medida que su recuento de CD4 disminuye:

*Recuento de CD4 menor a 350/ml:*

- Virus del herpes simple.
- Tuberculosis: afecta predominantemente a los pulmones.
- Muguet oral o vaginal: infección por hongos.
- Herpes zoster.
- Linfoma no Hodgkin: cáncer de los ganglios linfáticos.

*Recuento de CD4 inferior a 200/ml:*

- Neumonía por *Neumocystis carinii*.
- Esofagitis por *Candida*.

*Recuento de CD4 menor a 100/ml:*

- Meningitis.
- Demencia por SIDA: deterioro y disminución de las funciones mentales.
- Encefalitis por toxoplasmosis.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

- Síndrome de Wasting.

*Recuento de CD4 menor a 50/ml:*

- *Microbacterium avium*: infección en la sangre por una bacteria relacionada con la tuberculosis.
- Infección por citomegalovirus.

Cuando los niveles descienden de 100, el sistema inmune se encuentra desbordado. La concentración del VIH se dispara y empiezan a proliferar los microorganismos que en condiciones normales serían mantenidos a raya, dando lugar a las infecciones oportunistas y potencialmente mortales que son el signo patognomónico del SIDA (como la *Pneumocystis carinii* y la toxoplasmosis). Una vez que aparecen estas enfermedades, el SIDA suele resultar mortal en un año o dos<sup>10</sup>.

### **Métodos diagnósticos**

No existe ninguna manifestación clínica que sea característica de la infección VIH o del SIDA y, aunque la presencia de alguna de ellas puedan sugerir en un contexto determinado la presencia de la infección, no es posible establecer un diagnóstico clínico de la enfermedad por lo que éste solo se puede establecer de un modo definitivo por técnicas de laboratorio. Éstas tienen por objetivo es detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus (métodos indirectos); la mayoría de las técnicas empleadas se basan en el enzimoimmunoanálisis (método ELISA o EIA.) para las pruebas masivas de cribado o en los inmunoblots para las pruebas de confirmación.

Existen diferentes métodos para la realización de las pruebas de cribado para la detección de anticuerpos específicos frente al VIH. Entre ellos las técnicas ELISA

(enzyme-linked immunoabsorbent assay), pruebas de aglutinación y análisis dot-blot son las más utilizadas, especialmente el ELISA.

Las pruebas llamadas de confirmación tienen como objeto verificar (confirmar) que los resultados obtenidos con las pruebas de cribado son correctos. El Western blot es la principal prueba confirmatoria de la actualidad; es una discriminación de los antígenos del VIH frente a los que se dirigen los anticuerpos presentes en la muestra.

### **Tratamiento<sup>11</sup>**

La terapia antirretroviral ha tenido un gran impacto en la calidad de vida de la gente con VIH/SIDA, al reducir su morbomortalidad, y debe formar parte de un programa integral de atención y apoyo.

Al combinar por lo menos tres de las diferentes clases de antirretrovirales en un "cóctel", se logra normalmente una drástica reducción en la carga viral (el nivel del virus en la sangre) y se impide mayor daño inmunológico. Esta combinación de antirretrovirales es lo que se denomina "terapia antirretroviral altamente activa".

Cada clase de antirretrovirales ataca al virus en una etapa diferente de su replicación e impide que continúe replicándose, o por lo menos reduce el ritmo a que lo hace.

Los tipos más comunes de antirretrovirales son los siguientes:

- Los nucleósidos inhibidores de transcriptasa inversa como la zidovudina, AZT, la lamivudina [3TC] y abacavir
- Los inhibidores de la transcriptasa inversa no-nucleósidos como nevirapina y efavirenz
- Los inhibidores de proteasa como indinavir, ritonavir y lopinavir

Comenzar a usar antirretrovirales significa usarlos para siempre y casi todo el mundo pasa por un período inicial de desagradables efectos secundarios.

## **Prevención**

Dado que las vacunas se encuentran a varios años de distancia todavía, la única forma de prevención de nuevas infecciones por VIH aplicable a gran escala es la modificación de las conductas por las que se transmiten. Se trata especialmente de las prácticas sexuales y de las relativas a la inyección de drogas<sup>12</sup>.

Si se logra desplazar la mirada desde la enfermedad a la salud y desde allí pensar el SIDA, se encontrará una intervención que sin poseer tecnología de avanzada y a un bajo costo, es capaz de lograr avances en la transmisión de la enfermedad: la prevención.

Para englobar los distintos aspectos que incluye la prevención, mencionaré las palabras de Luc Montagnier, profesor del Instituto Pasteur de París, en el marco de la Décima Conferencia Internacional sobre SIDA:

“Se sabe cómo se transmite el virus y se dispone de todos los medios para prevenir la epidemia. El sida es transmisible, pero no contagioso, contrariamente a otras enfermedades infecciosas. Por tanto, teóricamente se puede detener la epidemia mediante la educación en conductas preventivas. Pero no se llegará a ello de una manera total. Es posible, sin embargo, con la educación y la información, al menos disminuir su avance. Hay que intentar cambiar los comportamientos, especialmente de los jóvenes, concienciarles de que el capital de su cuerpo es limitado. Hay que adaptar las campañas de información al contexto cultural. En realidad se trata de un problema político y económico...Es necesario aumentar la prevención orientándola a los toxicómanos, mediante la instalación de distribuidores de jeringuillas, pero sin llegar a los excesos. Sin embargo nadie puede decir “no estoy enterado”<sup>13</sup>.

## EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Existe una carga impuesta por el SIDA; es aquella en la que la sociedad esta plenamente involucrada porque posee los medio y herramientas tanto para generarla como para debilitarla: la carga del estigma asociado al VIH.

Según la ONUSIDA (2003), “la epidemia de SIDA está teniendo un profundo impacto en todo el mundo, despertando lo mejor y lo peor en las personas. Hace aflorar lo mejor cuando las personas se agrupan solidariamente para oponerse a la negación del problema por el gobierno, la comunidad y los individuos, y para ofrecer apoyo y atención a las personas que viven con el VIH o con SIDA. Saca a relucir lo peor cuando las personas son víctimas del estigma y el ostracismo por parte de sus seres queridos, su familia y su comunidad, y son discriminadas individual e institucionalmente”<sup>14</sup>.

La palabra “estigma” es sinónimo de marca, de huella, de mancha, y señal. Significa reconocer en otra persona una característica que la resalta y la hace distinta al resto. En su libro titulado Estigma: La identidad deteriorada, el sociólogo Erving Goffman (1970) afirma que la palabra "estigma" hace referencia a aquellos "atributos indeseables" que son "incongruentes con el estereotipo que tenemos acerca de cómo debe ser cierto tipo de individuo"<sup>15</sup>.

En el estigma en relación al SIDA, se trata de una postura por parte de la sociedad de desvalorizar a la persona viviendo con VIH/SIDA. Principalmente, ese estigma proviene de los prejuicios en base a las principales formas de transmisión, las relaciones sexuales y el uso de drogas intravenosas. No solamente toma base en estos prejuicios, sino que los refuerza.

Las actitudes negativas provocan en la persona más miedo al estigma que a la enfermedad, por lo que puede llegar a correr riesgo su salud al no realizarse los exámenes por miedo a descubrir que padece VIH y ser etiquetado socialmente. O puede

llevar a casos como el que expone Koffi A. Annan (2003), “el miedo al estigma conduce al silencio, y cuando se trata de luchar contra el sida, el silencio es la muerte. Impide la discusión pública sobre el sida y disuade a las personas de querer saber si están infectadas. Puede provocar que la gente -si una madre amamanta a su hijo o un compañero sexual no está dispuesto a revelar su estado- transmita el VIH con tal de no atraer sospechas de que está infectada”<sup>16</sup>. Todo esto lleva a un entorno en el que la enfermedad se propaga fácilmente.

El estigma asociado con el SIDA agrava prejuicios que tienen como blanco tanto a personas con problemas de salud potencialmente mortales como a quienes desobedecen las reglas de una sociedad. El temor a contraer una enfermedad mortal termina entretejiéndose con la vergüenza de padecer una afección cuyos modos de transmisión incluyen el contacto sexual y el consumo de drogas inyectables, factores ambos que están sujetos a juicios acerca de normas sociales. Las comunidades en muchos casos han relegado y expulsado a gente que tiene el virus porque consideran que la infección ha sido consecuencia de una conducta pecaminosa, imprudente o decadente. La enfermedad deja al descubierto una identidad que podría haber permanecido oculta para la familia, los amigos y vecinos.

Quienes tienen o creen tener el virus sufren, en algunos casos, rechazos o abusos, desempleo, falta de vivienda o exclusión del sistema sanitario. Esta clase de reacciones representan un claro caso de discriminación, siendo este un serio obstáculo frente a los esfuerzos de prevención y tratamiento, ya que agravan aún más los efectos de la epidemia.

La discriminación hace referencia a cualquier forma de diferenciación o exclusión de una persona debido a alguna característica personal o por ser perteneciente a un grupo concreto. En cuanto a la persona viviendo con VIH/SIDA, la discriminación puede



presentarse en distintos contextos como las escuelas, las organizaciones de carácter religioso, el sistema judicial, los establecimientos sanitarios, los medios de comunicación y los lugares de trabajo, por ende se pueden presentar en diferentes niveles, como el político, económico, social, psicológico e institucional.

La discriminación tiene lugar a partir de las acciones, el trato y las políticas que surgen de esas actitudes y que pueden llegar a ser violatorias de los derechos humanos de quienes viven con el VIH/SIDA y sus familiares.

El SIDA irrumpió sin aviso en nuestra cultura contemporánea, generando cambios que todavía son difíciles de estimar asociados a la masiva mortalidad de jóvenes.

Según Pedro Cahn (1994), “la mezcla explosiva se completó con el hecho de que inicialmente la epidemia se identificara entre los homosexuales, a punto tal que su denominación inicial fuera la de “Gay Related Immunodeficiency Syndrome” (Síndrome de Inmunodeficiencia Relacionada con la Homosexualidad). Al identificarse luego el siguiente segmento poblacional compuesto por los drogadictos, se abrió un espacio para teorías que sostenían una suerte de biología punitiva, en la que el SIDA funcionaba como un castigo divino, y el virus HIV como una especie de ángel exterminador de presuntos pecadores”<sup>17</sup>.

El SIDA es un síntoma social que no ha hecho más que alumbrar las carencias y deficiencias de la sociedad del mundo entero. Se lo asocia con marginación, promiscuidad, narcotráfico, drogadicción y prostitución. También con sexo y muerte.

Lo que hace tan aterrador el ataque viral es el estigma de la enfermedad mortal, con tratamiento pero sin cura, que hace que las personas sean consideradas enfermas antes de estarlo y que produce un despliegue infinitos de síntomas de enfermedad y para el

que sólo existen paliativos. Para muchos representa una muerte social anterior a la muerte física.

Se debe destacar, por ejemplo, que desde algunos sectores de la política sanitaria resultan productores de estigmas que marginan a los enfermos y portadores.

En el libro *El SIDA y sus metáforas*, Susan Sontag (2003), ejemplifican cómo los mensajes metafóricos estigmatizan, por ejemplo al decir “Hay que defendernos del enemigo”<sup>18</sup>. Esta metáfora puramente militar asemeja al paciente portador con el “enemigo” ya que el “enemigo” se aloja en él, y lo único que producen es más estigmatización y exclusión del paciente de la sociedad.

La enfermedad es vista como una invasión de organismos extraños, ante la que el cuerpo debe responder con sus propias operaciones militares movilizándolo de las “defensas” inmunológicas para contrarrestar el ataque, que pone sitio a la fortaleza del cuerpo.

Adhiriendo a Pedro Chan (1994)<sup>19</sup>, como parte de un programa de integración social, no se debería dejar de considerar que la palabra enfermo es un adjetivo y como tal califica, pero no excluye al sustantivo, el “hombre” enfermo y más abarcativamente “persona” enferma, persona pensada desde el punto de vista clásico, la verdad detrás de la máscara de los griegos y el *personare* de los latinos, “el vibrar”. Como dice Álvaro Francia<sup>20</sup> en su libro *Génesis de la cultura*: “Una cultura entra en crisis y de deja de responder a las exigencias fundamentales del hombre cuando se radicaliza en un sector, por ejemplo, el biológico o el psíquico, perdiendo de vista al hombre integral”.

Tampoco debemos olvidar la idea de que la persona enferma es un paciente. Paciente que significa aquel que padece, que sufre, y etimológicamente viene de sufrimiento. En concreto, es una persona que siente y vive como el resto de la sociedad, la que teme a ese sufrimiento, pero no al sufrimiento en sí, sino al sufrimiento que degrada.

## EL APOYO SOCIAL Y LA SALUD

Se podría analizar el aspecto social desde una perspectiva completamente diferente, en donde la persona viviendo con VIH/SIDA encuentra en la sociedad un elemento protector de la salud. Soriano y Gonzalez- Lahoz (1999) en su Manual del SIDA<sup>21</sup> describen que la correlación entre apoyo social y salud se haya compuesto desde dos perspectivas distintas. En una afirma la hipótesis de que el apoyo social ejerce una influencia positiva y directa sobre la salud. En la segunda se postula que el apoyo social está relacionado con la salud “solamente en aquellas personas que se encuentran en situaciones vitales de estrés. Sería como un elemento “amortiguador” de los efectos negativos”.

Según Buendía (1991) el apoyo social se considera compuesto por tres elementos<sup>22</sup>:

- 1) La existencia y número de relaciones sociales (familiares, amigos, compañeros). Contribuyen a la integración, o no, en el medio social.
- 2) Las redes de apoyo. Es la estructura de los vínculos sociales y los diversos patrones de interacción.
- 3) Funciones de las redes sociales: afecto, afirmación y ayuda. Es la perspectiva más importante, especialmente cuando para un sujeto infectado por el VIH el número y diversidad de relaciones personales va disminuyendo progresivamente.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS; LA AUTOESTIMA Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH/ SIDA

El aislamiento, la segregación, el rechazo, la estigmatización, el conocimiento del padecimiento y el concepto de enfermedad mortal, han hecho vulnerables a las personas enfermas de VIH/SIDA de afectaciones emocionales. Al presentar una influencia negativa sobre la salud física, el SIDA también influye, por ende, sobre la salud mental del paciente.

Laura Pagani, directora de la revista DeSidamos y miembro del equipo profesional de la Fundación para el Estudio y la Investigación de la Mujer (FEIM)<sup>23</sup> afirma que “el diagnóstico, la aparición de los primeros síntomas, los controles periódicos y muchas otras situaciones generan una gran movilización interior que se traduce en angustia” y partiendo de esta concepción, también en una disminución de la autoestima y autoconcepto y un deterioro en la calidad de vida.

Pedro Cahn (1994)<sup>24</sup> en su libro *Psida*, un enfoque integral, explica que “*los trastornos psicológicos y conductuales pueden responder a reacciones emocionales secundarias al conocimiento del padecimiento de la patología, a dificultades socioculturales relacionadas con la seropositividad o al progreso de la enfermedad*”.

Al enfrentarse con una enfermedad que no ofrece aún solución curativa nítida pone en juego factores emocionales estrechamente ligados a los procesos inmunológicos y por consiguiente con el pronóstico evolutivo del paciente.

En una investigación realizada por Lourdes Díaz Rodríguez et. al. (2005)<sup>25</sup>, se ratifico que existe una relación entre el estrés psicológico, la progresión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la calidad de vida de estas personas. La progresión de la infección está acompañada con el aumento de los niveles de ansiedad y depresión, siendo capaces de alterar factores psico-sociales. Esto, en un

carácter de pensamiento occidental. Paralelamente, y ubicándonos en una forma de pensamiento más concordante con la filosofía oriental, éstos, desde su concepción, establecen que el óptimo funcionamiento corporal se basa fundamentalmente en un armónico fluir de energía. Éste concepto es descartado de la mente científica occidental debido a la inexistencia de instrumentos que puedan medir las distintas formas de energía.

Éstas ideas concernientes a las energías están representadas por Aurora de Cantor<sup>26</sup> en su libro *Timo, mi médico interno*, estableciendo que a través de la estimulación de los chakras se movilizan energías en infinitas variedad de graduaciones, poniendo en marcha los mecanismos de defensas. El chakra cardíaco es el encargado de somatizarse en la glándula timo, en donde se expresa y vibra con el movimiento que le imprimen las emociones y/o sentimientos. Al despertar, el chakra activa al timo (sistema de defensa) y en consecuencia, éste repercutirá sobre todo el sistema inmune. Ésta glándula de secreción interna, las cuales provee el poder y la vida, vuelca sus secreciones al torrente sanguíneo y el hombre expresa, en su pensamiento, su palabra y su acción, las cualidades que él mismo fue capaz de sintonizar. El sistema hormonal, viene a ser entonces, una réplica de la concepción septenaria del universo; el sistema vinculador del ser humano con el cosmos y su medio de expresión psíquico-físico-mental. Es por esto que el chakra cardíaco, al estimularlo a través del cambio de conducta, de actitud y postura frente al mundo, marca un cambio en todo el ser.

Con la misma perspectiva, pero sobre un tema relacionado Alexander Lowen<sup>27</sup>, afirma que existe una relación muy estrecha entre los trastornos emocionales y la falta de armonía de los movimientos. Esta falta de armonía se manifiesta a través de una señal de mal-estar. Dado que todo trastorno afecta por igual al cuerpo y a la mente,

debemos considerar el problema psicológico como reflejo del problema físico y viceversa.

Retornando sobre los aspectos psicológicos referentes a la enfermedad, cuando una persona conoce su diagnóstico comienza un proceso que la coloca frente a una situación límite; es el momento de la ruptura con su pasado, reconsideración del presente y el inicio de la incertidumbre en cuanto al futuro. Incertidumbre en relación a las esperanzas y expectativas de la vida en general y que suelen centrarse en la familia y el trabajo. Otras veces predomina la inseguridad sobre su calidad de vida, el posible deterioro físico, la posibilidad de requerir tratamiento con fármacos y las consecuencias y efectos de los mismos. A veces le atemoriza más la reacción de la sociedad, su “muerte social”, que la de su propia muerte, la “muerte física”.

#### *Reacciones emocionales más frecuentes:*

El recibir el diagnóstico se acompaña de una variedad de reacciones emocionales que van a estar acordes a las vivencias del paciente, creencias y características de su personalidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en su publicación *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/ SIDA (2002)*<sup>28</sup>, el diagnóstico se asocia a:

*Shock*: ocurre cuando la persona se entera de la noticia, que la toma por sorpresa.

*Negación*: no cree lo que está sucediendo, no quiere hablar del asunto o no le importa lo que está pasando.

*Abatimiento*: siente que el mundo se termina o que su tiempo está contado y no hay nada que hacer.

*Agitación:* se siente atemorizado, inquieto, desesperado, y le parece que no hay solución a la vista.

*Miedo:* teme exponerse a riesgos de contraer la infección o de transmitirla a otros.

*Furia:* se siente enojado y no puede contener su ira.

*Desapego:* tranquilidad y control aparente.

Existen, además de estas reacciones, otros cambios emocionales que pueden evidenciarse en los diferentes momentos de la infección, al inicio del tratamiento antirretroviral y ante la aparición de los primeros síntomas y complicaciones clínicas. De acuerdo con Sergio Lupo<sup>29</sup>, entre estos cambios se puede encontrar:

Ansiedad: puede convertirse rápidamente en una constante en la vida como reflejo de la incertidumbre crónica asociada a la infección. Guarda relación con todos los aspectos de la persona, en los cuales influye el VIH/SIDA, desde el aspecto económico, pasando por lo social, lo físico, lo sexual, hasta lo laboral. Puede presentar agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones del sueño, trastornos cognitivos, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual.

Negación: es un mecanismo de defensa por el cual la persona trata de disminuir la angustia. Si la actitud negativa es persistente, puede resultar contraproducente ya que puede interferir con las medidas preventivas y la concurrencia a los controles médicos. La noticia real se transforma en fantasía de curación, error diagnóstico, etc.

Enojo o ira: Según la Organización Panamericana de la Salud, el enojo “es la manera de enmascarar la ansiedad ya que frena los sentimientos de impotencia”. Para Lupo, “este sentimiento se expresa ante ellos mismos por haberse infectado o infectado a otros o por el dolor que la noticia va a causar entre sus familiares y amigos. Aparece la pregunta ¿por qué a mí? La autoestima se ve afectada y se experimentan sentimientos de

ira generalizados”. La culpa se ve reforzada por la estigmatización y la condena de la sociedad.

Temor y aislamiento social: se teme a la enfermedad, al deterioro físico y a la muerte entre otras cosas. También se evidencia cuando un hecho real conecta a los pacientes con una experiencia similar. Por ejemplo, cuando alguien cercano está infectado o ha fallecido.

Depresión o tristeza: en donde el *paciente muestra poco interés por sí mismo y por lo que lo rodea*. Según la Organización Panamericana de la Salud es importante tratarla, ya que la depresión disminuye la respuesta del sistema de defensa. Para Lupo, et. al., es una “reacción de duelo, en donde algo se pierde. Las personas experimentan una sensación de pérdida en relación con su vida, sus ambiciones, su fuerza física, etc. También expone que la pérdida que más frecuentemente se experimenta es la de la confianza. El paciente la puede demostrar a través de la pérdida de interés, angustia, llanto, tristeza, falta de apetito, *sentimientos de desvalorización*, *disminución de la autoestima*, e ideaciones suicidas. Se acompaña de sentimientos de culpa, sensación de soledad, vacío y muerte anticipada. En esta etapa, se presentan dificultades en cuanto al cumplimiento del tratamiento y la concurrencia a los controles.

Ajuste o aceptación: luego de pasar por alguna de las etapas anteriores, el paciente está en condiciones de aceptar el hecho de que viven con una infección permanente e incurable. La aceptación no implica la resignación. Una vez aceptado este hecho, la persona se sentirá capaz de producir cambios en su vida. *Esta etapa es propicia para pensar en formas creativas y eficientes de hacer frente a los nuevos desafíos*.

Para concluir y antes de pasar al próximo tema, me gustaría dejar asentado que un marco de contención es indispensable para disminuir la ansiedad y la depresión. Es importante que el paciente y su familia conozcan al equipo de salud a cargo de la



asistencia así se les otorgará un lugar de referencia donde poder depositar las dudas acerca de su enfermedad. Desde la kinesiología se le ofrece un espacio para canalizar sus emociones a través del movimiento, en donde se les otorgará elementos necesarios para mantenerse saludables, de luchar contra el desgaste y la fatiga y de mantener una buena salud mental.

### **AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA**

Para Sonstroem (1998)<sup>30</sup> el autoconcepto es una configuración organizada de la percepción del ser, la cual es aceptable para la conciencia. Puede ser visto como un retrato personal o una auto descripción, mientras que la autoestima se refiere a la evaluación y afecto que la persona tiene de ese retrato. Comúnmente el *autoconcepto es considerado como un componente de la autoestima*, de la evaluación general del ser. Para Blascovich y Tomaka, (1991)<sup>31</sup> el conocimiento del ser (contenido en el autoconcepto) puede o no influenciar la autoestima.

La autoestima por el contrario, va más allá que la evaluación de atributos específicos. La autoestima es el valor personal o competencia que un individuo asocia a la imagen de sí mismo. La autoestima puede estar fundada en la elección del sujeto de normas exteriores sobre las que constata si puede ser o no capaz de alcanzarlas. También puede desprenderse de la comparación entre varias imágenes de sí mismo que coexisten en el mismo sujeto; el yo actual por un lado y por otro lado el yo ideal, el yo que debería ser, la imagen que el sujeto supone tienen de él las personas que lo conocen.

#### **Autoestima**

La autoestima se define como “una estructura intrapsíquica: la actitud acerca de uno mismo” (Baumeister, Tice y Hutton, 1989, p. 547)<sup>32</sup>. Coopersmith (1967) definió la

autoestima como “la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene consigo mismo” (p 4-5)<sup>33</sup>.

Una autoestima positiva implica que la persona debería gustarse o al menos estar satisfecha con sí misma (Sonstroem, 1998). Para este autor la autoestima dirige el comportamiento en el ambiente.

### Autoconcepto

Autoconcepto como marca Solís (1998)<sup>34</sup> es referido a la colección de actitudes y a la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales; es la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto.

En su libro, Harris (1976)<sup>35</sup> nombra la teoría de Mead sobre el yo, definiendo a este como un producto de la sociedad que está formado por las experiencias, las expectativas y las obligaciones con los demás. A partir de que el hombre es un ser social, el papel de “los demás son importantes” se convierte en un factor en el desarrollo y la modificación del autoconcepto.

El autoconcepto de un individuo depende en gran medida de lo que los demás piensan de él, pero los criterios según los cuales los otros los juzgan se basan en factores sociales: los valores de una subcultura de una sociedad o las prescripciones y de un nivel de edad (Morris, 1973)<sup>36</sup>. Otra postura que complementa a la anterior está dada por Gergen (1972) (cit. en Harris, 1972) el cual describe que el autoconcepto también incluye los mensajes que recibe de sus padres, hermanos, familiares, amigos y otros.

### Autoconcepto físico y Actividad física

Muchos psicólogos sostienen la idea de que la única realidad que un individuo puede conocer y a la que puede responder es la que ha experimentado. Dado que nadie puede

sentir o expresar cualquier experiencia si no es en términos de su cuerpo, la interacción del yo con el cuerpo es rápidamente aparente. Muchos teóricos mantienen que las autoconcepciones de un individuo influirán y serán influidas por su percepción de la apariencia física y sus habilidades físicas.

Como el estudio de la imagen corporal ha progresado, hay indicadores de que la actitud del individuo normal o su sensación acerca de su cuerpo pueden reflejar importantes aspectos de su identidad como individuo. La impresión inicial está determinada por lo que piensa que es, no por lo que realmente puede ser. Esta percepción sirve como fundamento del autoconcepto (Harris, 1976, op. cit).

Se puede llegar a la conclusión de que una variedad de experiencias de movimiento contribuye al desarrollo de la imagen corporal por muchos caminos. La imagen corporal se puede alterar por cambios en la condición física o por cambios psicológicos dentro de un individuo (Harris, 1976).

Cambios en el peso del cuerpo, buen estado físico, fuerza, estatura y habilidad, pueden afectar también la imagen corporal en gran medida. En la cultura actual, sociedad perdidamente consumista, la “belleza” física crea un ámbito en donde relacionarse resulta simple y además tiende a fortalecer la auto-confianza a través de su propia imagen mejorada.

Harris demostró cómo la participación en un entrenamiento sensitivo-motor de ocho meses de duración mejoraba la imagen corporal con respecto al grupo control. Este estudio corrobora la teoría de que la imagen corporal puede ser cambiada positivamente por la actividad física.

Un número sustancial de estudios experimentales, muestran que la implementación de un programa de ejercicio consistente y prolongado en el tiempo tiene el efecto de aumentar la autoestima (Fox, 2000)<sup>37</sup>

Taylor (1995)<sup>38</sup> realizó un estudio en donde comparó a sujetos que realizaban deportes con sujetos que no realizaban deportes con el objetivo de estudiar si la participación en deportes interuniversitarios tenía un efecto sobre la autoestima. Este investigador reportó que la participación deportiva tenía un efecto positivo sobre la autoestima.

Moulton, K. y Moulton, M. (2005)<sup>39</sup> compararon atletas y no atletas en sus niveles de autoestima y motivación por la aprobación, para determinar si existe una correlación positiva en los atletas en contraste con la correlación negativa hallada en poblaciones generales de universitarios. Demostraron también que el estilo de instrucción de los entrenadores tienen un alto impacto sobre los individuos con baja autoestima.

El miedo a realizar movimientos en ciertas actividades que no sean compatibles con la imagen corporal también crea conflictos. Quizás la creencia de habilidad y la creencia de desarrollo de la habilidad pueden asociarse a una imagen corporal poco desarrollada. El conflicto entre como ve uno su cuerpo y el movimiento requerido para la adquisición de la habilidad puede ser tan grande que la única solución es evitar completamente la actividad. El individuo repetirá las experiencias de movimiento que sean compatibles con su imagen corporal, así mismo rechazará las experiencias de movimiento que se hallan en desacuerdo con su imagen corporal (Harris, 1976).

Así como se dejó asentado el rol de la actividad física y su influencia sobre la autoestima, se debe reconocer su influencia sobre la ansiedad. Según Berger (1994)<sup>40</sup>, la realización de ejercicio puede eliminar la ansiedad, la tensión y el estrés bajo condición de presión. *La realización habitual de ejercicios como una técnica para el manejo del estrés tiene el beneficio de mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoestima y reducir las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés.* Además cuanto mayor sea

la destreza en el ejercicio, mayor será la apreciación de la calidad de vida y el auto descubrimiento mediante el ejercicio.

Para corroborar lo expuesto por Berger, Mevhibe Akandere y Ali Tekin (2005)<sup>41</sup> realizaron una investigación sobre los efectos del ejercicio para eliminar la ansiedad en jóvenes universitarios. Participaron 60 alumnos de los cuales la mitad formaban parte del programa de ejercicios mientras que la otra mitad conformaron el grupo control. Los resultados mostraron una relación inversa entre el ejercicio físico y la ansiedad, y que ésta última se redujo de forma significativa en jóvenes universitarios.

Según afirma Bartholomew<sup>42</sup>, el humor y el bienestar también pueden ser influenciados por la actividad física. En un estudio realizado sobre 40 personas que recibían tratamiento por desordenes depresivos severos, demostró que el ejercicio aeróbico de intensidad moderada redujo las medidas de estrés psicológico, depresión, confusión, fatiga, tensión y enojo, y aumentó significativamente el bienestar.

Con lo expuesto anteriormente, se puede fundamentar la aplicación de la actividad física en personas viviendo con HIV, basándose en su impacto sobre los aspectos psicológicos y emocionales del paciente. Sin embargo, no debe ignorarse los efectos de la actividad física sobre el resto de la persona.

### **ACTIVIDAD FÍSICA**

Las personas difícilmente pueden llevar una vida plena y sana sin posibilidad alguna de **movimiento e interacción con el mundo**. De ahí que la actividad física sea un factor a tener en cuenta cuando se habla de salud. La relación entre la salud y la actividad física tiene tres perspectivas<sup>43</sup>:

***Perspectiva rehabilitadora:*** la actividad física como instrumento mediante el cual se puede recuperar una función corporal enferma o lesionada y paliar sus efectos negativos sobre el organismo humano.

***Perspectiva preventiva:*** utiliza la actividad física para reducir el riesgo de que aparezcan determinadas enfermedades o se produzcan lesiones.

***Perspectiva orientada al bienestar:*** considera que la actividad física contribuye al desarrollo personal y social; y a la mejoría de la calidad de vida.

Para entender las distintas perspectivas, se debe conocer en profundidad los distintos conceptos que se le da a la actividad física, así como también, sus efectos y repercusiones.

“La actividad física es cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculos estriados esqueléticos, que resulte un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el medio que nos rodea” (Devis, 2000).<sup>44</sup>

“El movimiento no es sólo la base misma de la vida, sino el ingrediente por excelencia del desarrollo del cerebro y de la persona misma” (Yvan Joly, 2000).<sup>45</sup>

“Sabemos que estamos vivos porque podemos movernos y sentir nuestros cuerpos. Más aún, sabemos que estamos vivos porque podemos sentir nuestros movimientos. A través del movimiento la persona logra conocerse” (Yvan Joly, 2001)<sup>46</sup>

“El movimiento del organismo es esencial para la configuración de acontecimientos fijos y repetitivos en el medio cambiante y móvil; si contemplamos materia inerte o vegetación estática, nuestros sentidos continúan recibiendo impresiones de movimiento, pues un organismo vivo, se muere y nunca se haya en completa quietud antes de morir” (Feldenkrais, 1991)<sup>47</sup>

Para Lamb, D.<sup>48</sup>, la aptitud física es la capacidad para enfrentarse a los retos físicos potenciales y presentes en la vida con éxito. Los requerimientos de la aptitud física varían de una persona a otra. Dicha aptitud involucra la preparación del cuerpo para la respuesta a un movimiento o ejercicio.

Según Lamb<sup>49</sup>, existe una diferencia entre respuesta y adaptación. La adaptación “es el cambio duradero en estructura o función que sigue al entrenamiento que capacita al organismo a responder de forma más fácil a subsiguientes estímulos (estrés) producidos por el ejercicio. En cambio las respuestas son los “súbitos y temporales cambios en función causados por el ejercicio. Estos cambios funcionales desaparecen rápidamente después de finalizado el período de ejercicio. Por ejemplo, el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Platonov<sup>50</sup> expone que “el enfriamiento o el calor, las cargas físicas extremas, *la enfermedad provocan* en el ser humano una reacción no específica compleja (síndrome del estrés) con la consiguiente *atrofia del timus*, glándula que interviene en la circulación, en la información de la inmunidad, el aumento de la actividad de las glándulas endócrinas, la preponderancia en el incremento de sustancias de los procesos de degradación. Las reacciones posibles son de dos tipos:

- 1) si el excitante es demasiado fuerte o si actúa durante largo tiempo, se produce una fase final de estrés-síndrome-agotamiento.
- 2) si el excitante no supera las reservas de adaptación del organismo, se produce la movilización y la distribución de los recursos energéticos y estructurales del organismo y se activan los procesos de adaptación específica, etc.”

Las adaptaciones no son apreciadas hasta que no han pasados varias semanas de entrenamiento.

Además de los efectos sobre la autoestima y el autoconcepto, la actividad física promueve cambios de función en el organismo.

Los efectos de la actividad física<sup>51</sup> sobre el *aparato circulatorio* son los siguientes:

- Disminución de la tensión arterial
- Disminución del pulso en reposo y durante la actividad
- Economía de las funciones cardíacas
- Aumento de la circulación cerebral
- Aumenta la velocidad de la sangre
- Aumento del volumen minuto

*Sobre el aparato respiratorio:*

- Mejora la capacidad vital y aumenta el consumo de O<sub>2</sub>
- Aumenta el volumen minuto respiratorio
- Incremento de la coordinación y flexibilidad de los músculos respiratorios
- Disminuye la frecuencia respiratoria en reposo y durante el ejercicio
- Optimiza la ventilación

*Sobre el músculo:*

- Aumento de la fuerza
- Aumenta la resistencia
- Aumento de la excitabilidad eléctrica
- Mejora la inervación intramuscular
- Aumenta el tamaño y número de las mitocondrias
- Disminución de la longitud muscular
- Aumenta los depósitos de glucógeno intramuscular

*Actividad física y su efecto sobre el sistema inmunitario*



Se ha reportado que un programa de ejercicios de intensidad moderada tiene un efecto beneficioso sobre el sistema inmune (Nieman y Padersen, 1999)<sup>52</sup>. Específicamente, se halló que el ejercicio de intensidad moderada reducía el número de días de enfermedad. La mejora de la función inmune puede derivar de la reducción en el estrés y de los beneficios del ejercicio en cuanto a la reducción de las concentraciones de las hormonas relacionadas con el estrés (i. e. cortisol).

El ejercicio puede ser percibido como estresante por sí mismo, o porque expone al participante a un estrés del medio ambiente o psicológico.

Por otro lado, la secreción de cortisol inducida por el estrés puede, a demás, suprimir la función inmunológica. El ejercicio prolongado puede también, en sí mismo, estimular la liberación de cortisol como un mecanismo normal de control metabólico (Shephard, 1994)<sup>53</sup>. El autor concluyó que mientras una dosis moderada de ejercicio de resistencia tiene un efecto benéfico sobre las respuestas inmunológicas, un ejercicio más intenso y estresante puede tener un efecto adverso bajando la resistencia a infecciones virales.

Investigaciones realizadas sobre ratas demuestran que la actividad física moderada puede prevenir las consecuencias negativas del estrés sobre el sistema inmune (Fleshner, 2005)<sup>54</sup>.

Lamb<sup>55</sup> afirma que el efecto de la resistencia aeróbica sobre los glóbulos blancos durante el ejercicio no es de especial beneficio para el organismo. Explica que existe un aumento en el conteo de células blancas después del ejercicio debido a la mayor circulación resultante, pero el conteo resume su valor normal dentro de unas pocas horas después de terminar la actividad física.

Así como el movimiento beneficia al ser humano y su calidad de vida, la falta de este, influye negativamente sobre la salud de las personas, provocando síndromes complejos como el que menciona Lamb: “la degeneración hipocinética”.

La hipocinesia es una carencia relativa de movimiento; es una enfermedad caracterizada por la disminución de la capacidad funcional de varios órganos y sistemas.

Aquellos que descansan en cama por varias semanas o meses le pueden ocurrir:

- Osteoporosis
- Atrofia muscular
- Pérdida de la flexibilidad
- Degeneración cardiovascular
- Úlceras en la piel
- Problemas respiratorios
- Alteración de las funciones de los intestinos y vejiga.

Adicionándosele al cuadro propuesto por Lamb, cabría incluir las afecciones psicológicas y emocionales y el impacto en la calidad de vida que trae aparejado el hecho de permanecer inactivo durante varias semanas, incluso meses. “Sólo se necesita preguntar a alguien que esté postrado en cama si preferiría es estar activo para saber que una actividad física realizada con regularidad y que sea apropiada mejora la calidad de vida” (Lamb)

#### Cualidades físicas

En 1992, Rodríguez (citado en el libro de de la Reina, et. al.)<sup>56</sup> define la condición física como el estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las

enfermedades hipocinéticas y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar plenamente la alegría de vivir.

Fuerza: “es la capacidad física que nos permite, mediante acciones musculares, vencer resistencias u oponerse a ellas; y en algunos casos crear la tensión suficiente para intentarlo” (de la Reina, et. al., 2003)<sup>57</sup>.

Flexibilidad: “es la capacidad para desplazar una articulación o una serie de articulaciones a través de una amplitud de movimiento completa, sin resistencia, ni dolor” (Alter, M. J., 1988)<sup>58</sup>

Resistencia: “Capacidad física y psíquica de soportar el cansancio frente a esfuerzos relativamente largos y/o la capacidad de recuperación rápida después de esfuerzos” (de la Reina, et. al., 2003)<sup>59</sup>

Equilibrio: “actividad refleja mediante la cual el ser humano puede mantener su postura corporal con respecto a la gravedad y al medio inercial, sin caer, tanto en reposo como en movimiento (estático o dinámico), y de esta forma puede percibir el entorno teniendo la impresión de estar estable y seguro. Por lo tanto, conlleva un componente físico (estar estable) y un componente psíquico (sentirse estable)”<sup>60</sup>.

Hasta el momento se ha acumulado evidencia suficiente que demuestra la influencia, tanto de los estados de ánimo como de la actividad física, sobre el funcionamiento del sistema inmunológico como para recomendar la aplicación de la actividad física, no solamente en personas sanas, si no también en personas con distintas enfermedades. Los efectos del movimiento involucran desde la disminución de la inmunosupresión<sup>(50, 52, 53, 54, 55)</sup> hasta el aumento de la autoestima<sup>(37, 38, 39, 40, 41, 42)</sup>.

En esta instancia cabe entonces preguntar. ¿Es factible la aplicación de actividad física para intervenir directamente sobre los distintos aspectos de la persona, incluyendo

lo orgánico y lo emocional, e influir, por ende, al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes enfermos con SIDA?

Ambos beneficios pueden ser útiles para el tratamiento integral de la persona viviendo con VIH/ SIDA.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la relación de la actividad física sobre el autoconcepto y la autoestima en pacientes inmunodeprimidos en la sala de internación del Hospital Carrasco.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Registrar la percepción del paciente en cuanto a su aspecto físico.
- Valorar la aptitud física en dichos pacientes.
- Reconocer la percepción del paciente en cuanto a la fuerza, la flexibilidad, la coordinación y la resistencia.

## MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

- **Tipo de estudio**

- Trabajo de campo
- Descriptivo
- Cualitativo

- **Área de estudio**

La presente investigación fue realizada en el Hospital Intendente Carrasco, perteneciente a la red de salud pública municipal de la ciudad de Rosario.

- **Población objetivo**

La investigación se realizó en el período comprendido entre Julio y Diciembre del 2005.

La población (N= 31) fue conformada a partir de la derivación recibida en el Servicio de Kinesiología por el servicio de Infectología del Hospital. La selección se realizó a partir de los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes VIH positivo de ambos sexos que hayan desarrollado SIDA con internación efectiva por un período mínimo de 4 semanas en el Hospital I. Carrasco al momento de estudio.

El grupo definitivo de trabajo quedo entonces conformado por una total de nueve participantes (N=9)

No formaron parte del estudio aquellos pacientes en situación de aislamiento obligatorio (N=4) y fueron eliminados del programa aquellos que no cumplimentaron con el tiempo mínimo de trabajo físico (N=18).

- **Procedimientos y tratamientos**

El presente estudio se realizó programando un tiempo mínimo de actividad física de 4 semanas a una frecuencia de dos estímulos semanales de 45 minutos de duración cada uno. Previo al tratamiento se realizó una encuesta modificada de la escala de autoconcepto físico de Marsh y Southerland (1994)<sup>2</sup>.

- **Instrumentos de recolección de datos**

- Observación participante
- Cuestionario de evaluación del autoconcepto físico y autoestima (modificado de Marsh y Southerland, 1994<sup>61</sup>).

---

<sup>2</sup> La escala está compuesta por 50 ítems, los que se evalúan con base en 6 opciones: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= más en desacuerdo que de acuerdo, 4= más de acuerdo que en desacuerdo, 5= de acuerdo, 6= totalmente de acuerdo. Análisis factoriales han mostrado una estructura factorial consistente de 6 dimensiones: concepto de apariencia física, de habilidad física, de fuerza, de equilibrio, de flexibilidad y resistencia.

## DESARROLLO

El presente trabajo se realizó en el ámbito del Hospital Intendente Carrasco. En éste el equipo interdisciplinario que trabaja con personas VIH positivas, preocupado por la falta de motivación de sus pacientes, los casos de depresión entre ellos, la influencia de los efectos negativos debido a los prolongados tiempos de internación- necesarios para completar los tratamientos farmacológicos-, tuvo la necesidad de buscar dentro del hospital, profesionales que puedan ofrecerles a los enfermos otra visión de su realidad.

El servicio de infectología se contactó con el servicio de kinesiología del hospital para iniciar un tratamiento basado en la actividad física con el objetivo de intentar fomentar el bienestar y la sociabilidad, disminuir el impacto psicológico de la enfermedad, de la internación y de los tratamientos farmacológicos; y así poder, de a poco, hablar más de salud y menos de enfermedad.

Se estipularon días y horarios para la realización de las actividades. Se tuvo en cuenta el horario del desayuno y de la administración de los fármacos ya que sus efectos podrían interferir con la ejecución de las actividades; (p.e. algunos pacientes estaban bajo los efectos de sedantes y calmantes). Por eso, se acordó con enfermería el horario de las clases de actividad física. También se consideró el horario (durante la mañana) en donde las otras especialidades médicas hacían las interconsultas. Aunque consideramos que no es necesario aclararlo, un paciente con VIH implica el trabajo de los distintos servicios del hospital.

Una vez analizado estos factores, se determinó la frecuencia de estímulos (dos por semana, durante 4 semanas como mínimo, de 45 minutos cada uno de ellos). Las actividades se desarrollaron en un sector parquizado a pocos metros de sus habitaciones, siempre dentro del hospital, aspecto que favoreció a que los pacientes internados no se



desplacen fuera de los límites de la Institución y que, paralelamente pudieran disfrutar de un espacio al aire libre.

A través de las interconsultas de los médicos, se estableció contacto con pacientes de ambos sexos infectados con VIH internados en el hospital (N=31). Las causas de las internaciones diferían entre estos pacientes pero todas se debían a complicaciones derivadas de la deficiencia inmunológica.

Con el fin de explicar cuál es el rol del kinesiólogo dentro del hospital, y qué beneficios trae aparejado el movimiento en personas con sus características, se visitó a cada paciente y se le ofreció la posibilidad de realizar actividad física durante su estadía en el hospital.

Las reacciones ante esta propuesta fueron variables pero alentadoras. Hubo pacientes que inmediatamente aceptaron de forma positiva y con entusiasmo la idea de salir de sus habitaciones para hacer ejercicios. Otros, se mantuvieron reservados y expectantes, pero al finalizar la charla se comprometieron con el proyecto. De todos los pacientes que se visitaron, solamente uno se negó a realizar cualquier tipo de actividad física. Este paciente presentaba un cuadro de depresión; su angustia y desánimo se debían al malestar físico causado por la administración de los antirretrovirales, y al prolongado tiempo de internación.

Se repartió el cuestionario y se instruyó a la población respecto de la forma en la que debían ser contestados.

Posteriormente, se inició el programa de actividad física- recreativa con un total de 22 pacientes. Éste se basó en el desarrollo de actividades recreativas que estimulen las capacidades físicas evaluadas en el cuestionario (ver anexo).

La concurrencia a las clases de actividad física estuvo condicionada al número de pacientes con VIH internados, a las condiciones de internación (p.e. existieron pacientes

que debido a su patología permanecían en aislamiento) y a la evolución de la enfermedad secundaria al VIH. Es por esto que no se conformó un grupo estable de pacientes que realizaban actividad física, sino que rotaron a medida que se les dio de alta.

Las clases se iniciaron respondiendo dudas que surgieron de la relación entre su enfermedad y el ejercicio.

Se dividió la clase en tres partes. La primera, de diez minutos de duración, destinada a la entrada en calor, donde se realizaron ejercicio de movilidad activa para preparar a los pacientes para el trabajo principal. La segunda parte, de veinte minutos de duración, se dividía entre la gimnasia, con ejercicios de fuerza- resistente, y el juego, o deporte a elección de ellos. La última parte incluía la vuelta a la calma con ejercicios de elongación de los músculos más solicitados, enseñanza de la mecánica respiratoria y ejercicios de relajación.

Inicialmente, durante la entrada en calor, los pacientes no lograban entender el motivo por el cual debían realizar estos movimientos (se pudieron observar manifestaciones corporales y verbales de desconcierto). Con el transcurso del tiempo y las clases, algunos hasta proponían variantes (denotación de compromiso e interés de participación).

Durante la ejecución del programa propuesto, se trabajó en fuerza la musculatura miembros inferiores y superiores, pudiéndose percibir una falta de fuerza colectiva - suponemos basada en el agotamiento post ejercicio que manifestaron los pacientes-. Por eso, y para evitar posibles frustraciones, se decidió disminuir la intensidad de los ejercicios y la cantidad de repeticiones. En esta fase y a tal fin, se incluyeron ejercicios de coordinación y de equilibrio con diversos elementos (pelotas, bastones, etc.)

El deporte que se practicaba durante las clases fue propuesto en varias oportunidades por el grupo siendo el más solicitado, por excelencia, el fútbol; a pesar de ello, se propuso y desarrollaron partidos de voleibol como variante deportiva.

Durante la ejecución de los juegos se evidenció la falta de coordinación y equilibrio en estos pacientes (por ejemplo, carrera sobre una pierna).

Fue en este espacio en el cual se percibió la mayor diferencia entre los primeros y los últimos estímulos. Al principio, algunos de los pacientes se mostraban indiferentes a participar de los juegos manifestando *“vergüenza a hacer el ridículo”*, pero con el transcurso de las clases, y al ver que el resto de los pacientes participaban sin pudor, se pudo lograr gradualmente su aceptación e integración a la actividad.

La vuelta a la calma constó de uno o dos minutos alternando una marcha de baja intensidad con estiramientos de cuádriceps. También se incluyeron elongaciones activas y asistidas entre sí por los mismos integrantes del grupo -con la intención de favorecer la interacción personal y la integración-; la enseñanza de la mecánica respiratoria y de ejercicios de sensopercepción para complementar la relajación.

En cuanto a la sociabilidad, se percibió una respuesta positiva. El darse cuenta que podían mantener una actividad durante un período de tiempo prolongado, aumentó su seguridad y los deseos de relacionarse con otras personas. Por consiguiente, el desarrollo social se vio favorablemente afectado.

Debido al autodescubrimiento de sus capacidades y al trabajar en forma grupal, los pacientes estuvieron en condiciones de apreciar sus límites, y el de los demás. Esto es, al observar a su compañero realizando una actividad, pudieron darse una idea si ellos eran capaces de realizar la misma tarea, o no.

Las actividades realizadas resultaron novedosas y dinámicas, ya que cada clase estuvo conformada por actividades de corta duración, que creaban expectativas entre los pacientes y deseos de continuar practicándolas sin llegar al aburrimiento.

Una vez transcurridas las cuatro semanas estipuladas de la investigación se les repartió nuevamente el cuestionario con la finalidad de detectar posibles variaciones.

## **Resultados**

Para el estudio se utilizó una modificación de la escala de autoconcepto físico de Marsh y Southerland<sup>62</sup>. Éste constaba de 50 ítems con una escala de valoración que va del 1 al 6. El cuestionario modificado se limitó a 28 preguntas y una escala de valoración del 1 al 3 con el objetivo de facilitar la tarea de los pacientes al momento de responder, y convertir al cuestionario en un elemento dinámico de recolección de datos y menos tedioso.

La encuesta se dividió en seis dimensiones a analizar: (a) apariencia física, (b) habilidad física, (c) fuerza, (d) equilibrio, (e) flexibilidad y (f) resistencia.

Se utilizó un método de análisis de los datos basado en las agrupaciones de tendencias positivas o negativas en cada dimensión.

Para determinar la calificación se diseñó una escala de valoración donde se tuvo en cuenta la cantidad de respuestas positivas o negativas por cada dimensión. A cada una de ellas se le asignó una calificación final.

### **Escala de calificación de las respuestas.**

**MB** = 3 (tres) respuestas positivas.

**B** = 2 (dos) respuestas intermedias, resto de las respuestas con tendencia a la positividad.

**R** = al menos 3 (tres) respuestas intermedias.

**P** = 2 (dos) respuestas intermedias, resto de las respuestas con tendencia a la negatividad.

**M** = 3 (tres) respuestas negativas.

**MM** = 4 (cuatro) o más respuestas negativas.

La Tabla N° 1 muestra los resultados obtenidos de la implementación del cuestionario de evaluación del autoconcepto físico efectuado antes y después de la realización de actividad física.

**Tabla 1. Resultados comparativos pre y post actividad física del cuestionario de autoconcepto físico.**

**MB**= Muy bueno; **B**= Bueno; **R**= Regular; **P**= Pobre; **M**= Malo; **MM**= Muy malo.

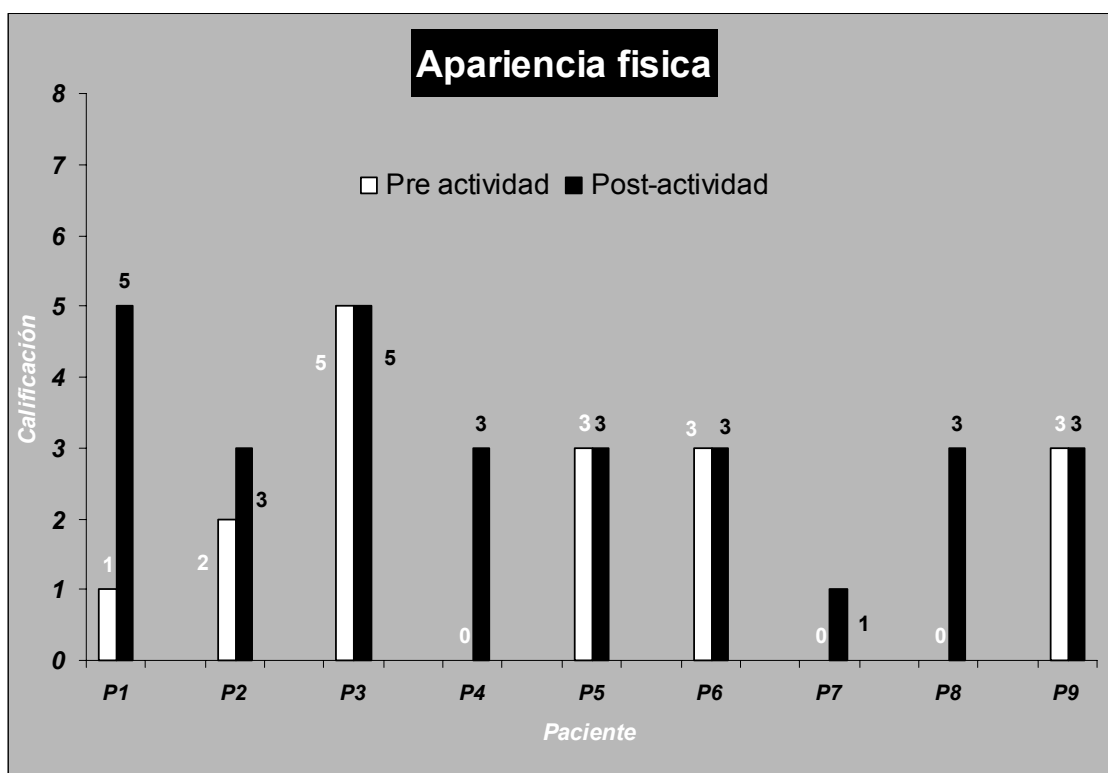
Pacientes	Apariencia Física		Habilidad Física		Fuerza		Equilibrio		Flexibilidad		Resistencia	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<b>P1</b>	M	<b>MB</b>	MB	MB	R	R	MB	MB	M	<b>B</b>	R	<b>M</b>
<b>P2</b>	P	<b>R</b>	MB	MB	MM	<b>R</b>	P	<b>R</b>	P	<b>B</b>	M	<b>MM</b>
<b>P3</b>	MB	MB	B	B	R	<b>MB</b>	MB	MB	MB	MB	MB	MB
<b>P4</b>	MM	<b>R</b>	R	<b>B</b>	P	<b>R</b>	MB	MB	P	<b>R</b>	MB	MB
<b>P5</b>	R	R	P	<b>B</b>	R	R	B	<b>MB</b>	B	<b>MB</b>	R	<b>B</b>
<b>P6</b>	R	R	B	<b>MB</b>	B	<b>MB</b>	MB	MB	M	<b>B</b>	P	<b>B</b>
<b>P7</b>	MM	<b>M</b>	R	R	MM	<b>M</b>	P	<b>R</b>	M	<b>MM</b>	MM	<b>M</b>
<b>P8</b>	MM	<b>R</b>	MB	MB	MM	<b>M</b>	M	<b>R</b>	MM	<b>M</b>	P	<b>R</b>
<b>P9</b>	R	R	MM	<b>R</b>	P	<b>R</b>	R	R	M	<b>R</b>	R	R

En la tabla N° 1 se puede observar cómo el autoconcepto físico se modificó, variando su calificación del pre al post-cuestionario. Para una apreciación más nítida de este hecho, se confeccionaron los siguientes gráficos, en donde se visualiza dicha variación.

A fin de una correcta interpretación de los gráficos, a cada calificación le fue asignado un valor numérico que permite identificar más claramente los cambios sucedidos durante la realización del cuestionario.

### Valoración numérica de las calificaciones registradas

**MB = 5; B = 4; R = 3; M = 2; P = 1; MM = 0**

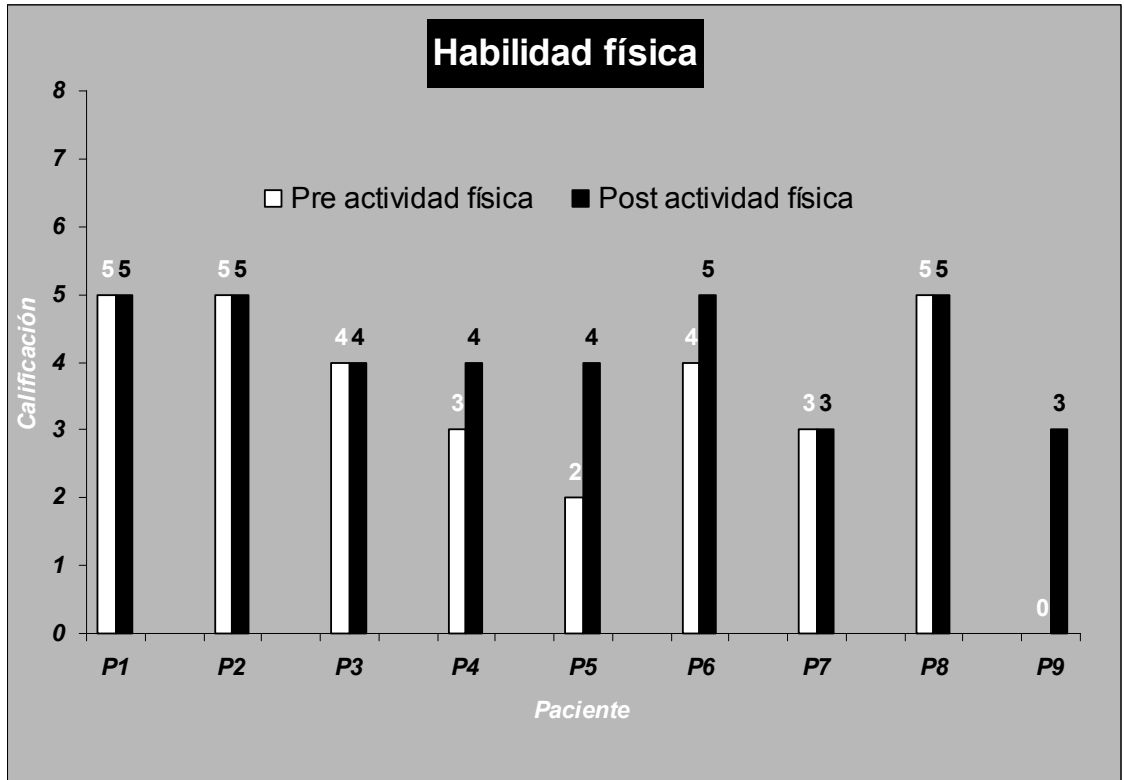


**Gráfico 1. Resultados pre y post actividad física en relación a la percepción del aspecto físico.**

En el análisis de los gráficos resulta evidente una tendencia a una mejoría en la percepción de la apariencia física (Gráfico 1) en más de la mitad de los pacientes. En el resto de los pacientes este aspecto del autoconcepto permaneció sin modificaciones.

En relación a la percepción de la habilidad física (gráfico N° 2) existe una inclinación hacia un aumento en los valores de acuerdo a la percepción de la habilidad física en cuatro de los nueve pacientes, mientras que en el resto no hubo modificaciones en esta área.

**Gráfico 2. Resultados pre y post actividad física en relación a la percepción de la habilidad física**



Las variaciones fueron aún más notorias si se observa detenidamente lo expuesto respecto a la fuerza (Gráfico 3). En el mismo se puede observar que la percepción de la fuerza por parte de los pacientes mejoró en siete de los nueve pacientes. Solamente en dos de ellos, el nivel se mantuvo en el mismo valor.

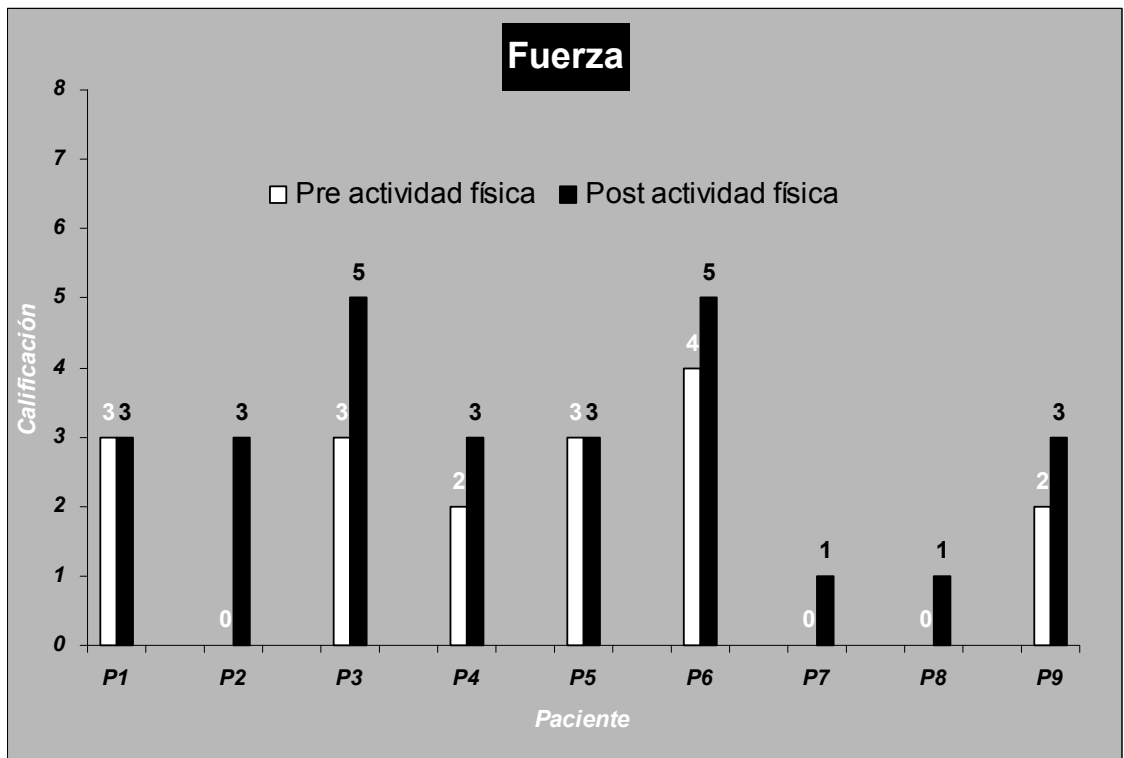


Gráfico 3. Resultado pre y post actividad física en relación a la percepción de la fuerza.

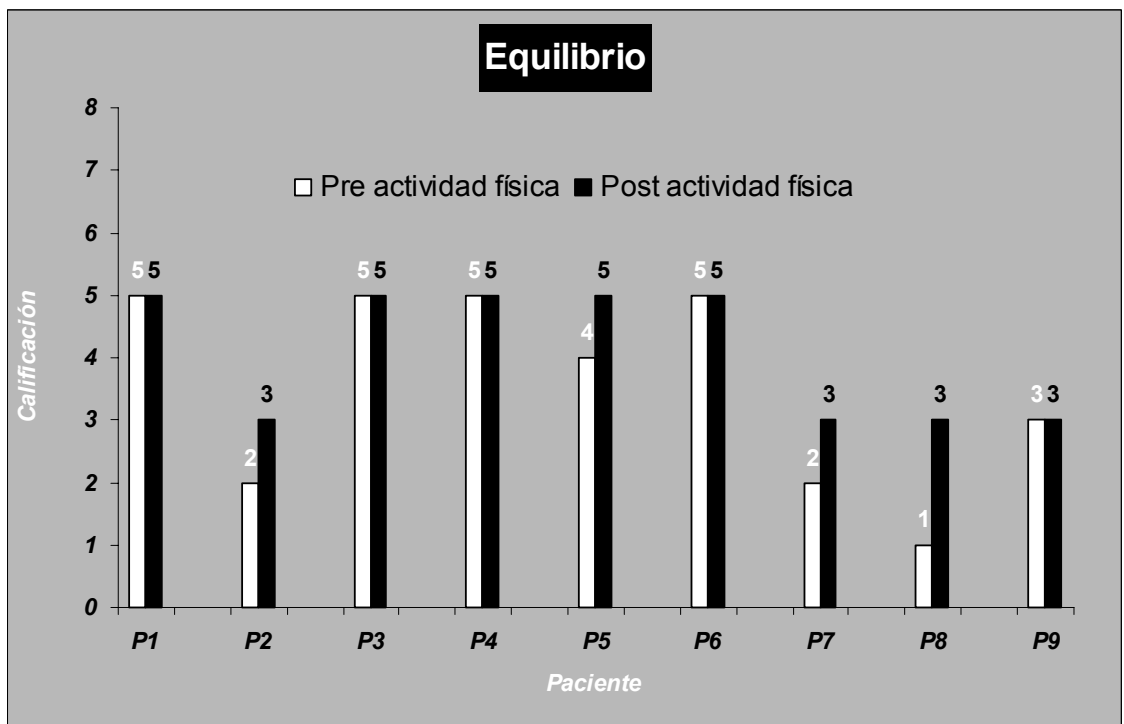


Gráfico 4. Resultado pre y post actividad física en relación a la percepción del equilibrio.



Por otra parte, solamente cuatro personas de las nueve notaron un cambio en su equilibrio (Gráfico 4), percibiendo un incremento en su clasificación. En cinco pacientes, permanecieron sin cambios.

En cuanto a la flexibilidad, el gráfico N° 5 muestra un impacto positivo al determinar que ocho de los nueve pacientes reconocieron una mejoría en cuanto a su percepción de la flexibilidad. Un solo paciente registró un valor negativo en relación a la evaluación realizada previa a la actividad física.

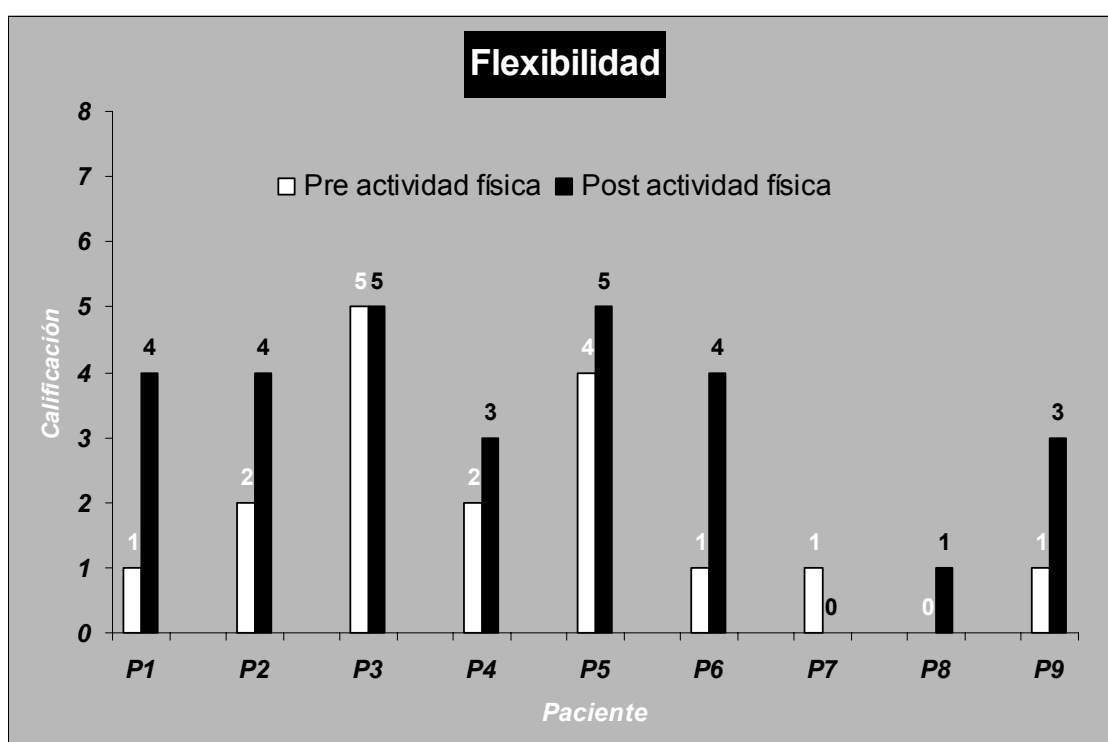
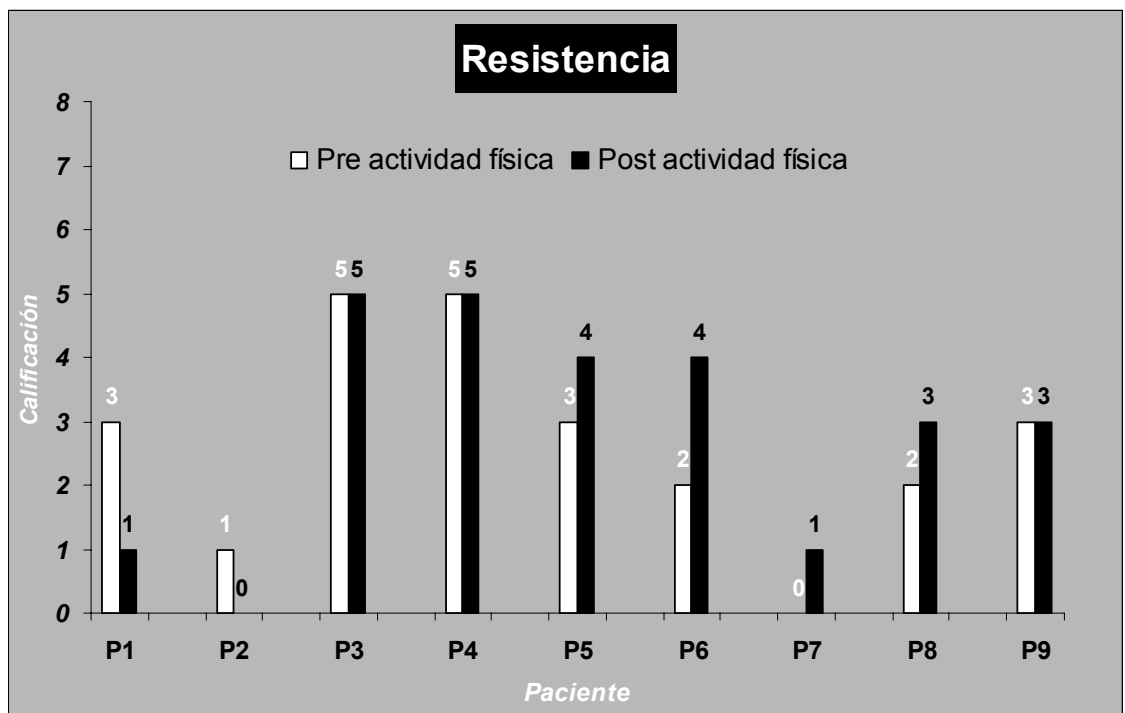


Gráfico 5. Resultado pre y post actividad física en relación a la percepción de la flexibilidad.



**Gráfico 6. Resultado pre y post actividad física en relación a la percepción de la resistencia.**

Al igual que el resto de las dimensiones del autoconcepto, la percepción de la resistencia también presentó cambios (Gráfico N° 6), al observarse una modificación entre los valores previos y los posteriores a la realización de actividad física. La percepción de la resistencia se mantuvo en tres casos, mejoró en otros cuatro y disminuyó en dos.

## CONCLUSIÓN

Analizando lo expuesto anteriormente, se pudo concluir que la actividad física influyó positivamente sobre el autoconcepto físico de los pacientes viviendo con VIH/SIDA, produciéndose así un impacto favorable sobre la autoestima de dichas personas. Consecuentemente, el aumento de la autoestima se tradujo en una mejoría en la calidad de vida.

En cuanto a las cualidades físicas se registró un aumento en la percepción de la fuerza, la resistencia, la flexibilidad y el equilibrio así como también en la apariencia física y en la habilidad física.

Todas las dimensiones del autoconcepto físico variaron y entre las que mayores cambios presentaron se encuentran la fuerza y la flexibilidad.

Más allá de los datos técnicos recolectados, se pudo extraer una visión notoria de la influencia del VIH/SIDA sobre la persona infectada. No solamente ataca sobre el cuerpo físico y lo meramente anatómico, sino que también impacta de tal forma que provoca un daño psicológico y emocional en estos pacientes, capaz de romper con la conexión entre lo que hacen, lo que creen y lo que son capaces de hacer. En este caso, la actividad física fue utilizada como un medio para reestablecer esa comunicación arruinada y devolverle a la persona la capacidad de experimentar el movimiento, y con ella la seguridad necesaria para afrontar las demandas de la vida cotidiana, incluyendo en ésta, la lucha diaria contra el estigma social.

Como una característica a resaltar, la elaboración y ejecución de esta investigación trajo aparejado la exposición de un sistema de atención adolescente de una visión integral de la persona. El criterio de que los procesos mentales pertenecen a la psicología y los físicos, a la medicina orgánica, niega una visión total del individuo.

Las consecuencias de esta concepción quedan al descubierto ante la necesidad de la incorporación del profesional kinesiólogo en la atención de los pacientes con VIH/SIDA, con una terapéutica basada en el enfoque del hombre psíquico, físico y mental y acorde a las demandas de un paciente tan complejo como aquel que vive con SIDA.

- 
- <sup>1</sup> Valerín Ramirez, J., Sanchez Alvarado, D. Efectos de un programa de actividad física-recreativa en el autoconcepto físico y general, la práctica de actividad física en el tiempo libre y la autoeficacia para la práctica de actividad física de adolescentes de un colegio urbano-marginal. [Tesis] Universidad Nacional de Costa Rica, 2004, Heredia, Costa Rica.
- <sup>2</sup> Shulman, S. T., Phair, J.P., Sommers, H. M. Infectología clínica. México, D.F: Editorial Interamericana – McGraw- Hill; 1994.
- <sup>3</sup> Shulman, S. T., Et. Al. Op. Cit.
- <sup>4</sup> World Health Organization. Global AIDS surveillance. Wkly Epidemiol Rec 1998; 73:193-7.
- <sup>5</sup> Soriano, V., Gonzalez-Lahoz, J. Manual del SIDA, 3º edición, España, Ed. IDEPSA; 1999.
- <sup>6</sup> Mann, J., Tarantola, D. AIDS in the world II, Global dimensions, social roots, and response. New York: Oxford University Press;1996.
- <sup>7</sup> A world Bank Policy research Report. Confronting AIDS, public priorities in a global epidemic. New York: Oxford University Press; 1997.
- <sup>8</sup> Soriano, V., Gonzalez- Lahoz, J., op. cit.
- <sup>9</sup> Bartlett, J., Moore, R., Progresos terapéuticos, La derrota del SIDA y sus requisitos, Revista Investigación y Ciencia Septiembre 1998; (264): 60-69.
- <sup>10</sup> Bartlett, J., Moore, R., Op. cit.
- <sup>11</sup> Saint-Bonnet, J. Comunidad, SIDA y rehabilitación. Buenos Aires: Luis Cuarenta Editores; 1997.
- <sup>12</sup> Coates, T., Collins, C., Medidas preventivas, La derrota del SIDA y sus requisitos, Revista Investigación y Ciencia Septiembre 1998; (264): 79-81.
- <sup>13</sup> Montagnier, Luc, Entrevista publicada en la Revista Mundo científico Septiembre 1995; 14 (152): 1054- 1057.
- <sup>14</sup> ONUSIDA. Estigma y discriminación. Hoja informativa, Diciembre, 2003. Disponible en: <http://www.onusida.gov.ar>
- <sup>15</sup> Erving Goffman. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1970.
- <sup>16</sup> Annan, Koffi A. Mensaje con motivo del Día Mundial del SIDA, 2003. Extraído de <http://www.ieanet.com/general/sida.htm>
- <sup>17</sup> Cahn, Pedro. Psida, Un enfoque integral. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.
- <sup>18</sup> Sontag, Susan. El SIDA y sus metáforas. Buenos Aires: Editorial Alfaguara; 2003.
- <sup>19</sup> Cahn, Pedro, Et. al, Psida, un enfoque integral, Op. cit.
- <sup>20</sup> Francia, A. Génesis de la cultura. Buenos Aires; 1983.
- <sup>21</sup> Soriano, V., Gonzalez- Lahoz, J. Manual del SIDA. Op. cit.
- <sup>22</sup> Buendía, J. Apoyo social y salud. En: Buendía J, ed. Psicología clínica y salud. Murcia: Universidad de Murcia; 1991.
- <sup>23</sup> Pagani, Laura, Herramientas contra el SIDA, prevención y tratamiento. Disponible en <http://nuevageneracion.net/notas/sida.html>
- <sup>24</sup> Cahn, Pedro, Et. al, Psida, un enfoque integral, Op. cit.
- <sup>25</sup> Díaz Rodríguez, Lourdes; Arroyo Morales, Manuel; Ruiz Rodríguez, Concepción; Pradas de la Fuente, Francisco; Peñas Maldonado. Ejercicio físico aeróbico: estrategia para mejorar el bienestar psicológico en pacientes VIH+. Evidentia 2005 enero-abril;

- 
- 2(4): [3 pantallas]. Disponible desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/96articulo.php>
- <sup>26</sup> De Cantor, A. *Timo, mi médico interno*. 1era edición. Buenos Aires: Kier; 1999.
- <sup>27</sup> Lowen, Alexander. *La espiritualidad del cuerpo*. 1era edición. Buenos Aires: Paidós; 1994.
- <sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*. México: ADN editores; Septiembre, 2002.
- <sup>29</sup> Acosta, A. Aspectos psicológicos del paciente con VIH/ SIDA. En: Lupo, Sergio, et. al. *Clínica y terapéutica de la infección por VIH y SIDA*, Tomo II. Rosario: UNR editora; 2003. p. 195-2001.
- <sup>30</sup> Sonstroem, R. Physical Self Concept: Assessment and external validity. *Exercise and Sports Sciences Reviews* 1998; 26: 133-164.
- <sup>31</sup> Blascovich, J; Tomaka, J. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. California: Academic Press Inc. 1991; 115-160.
- <sup>32</sup> Baumeister, R. F., Tice, D. M., y Hutton, D. G. Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality* 1989; 57: 547-579.
- <sup>33</sup> Coopersmith, S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company; 1967.
- <sup>34</sup> Solís, J. (1998). Autoestima, autoconcepto y salud mental. Disponible en: [http://www.uv.mx/Invesigacion/inv\\_psico/revista/revo713.htm](http://www.uv.mx/Invesigacion/inv_psico/revista/revo713.htm).
- <sup>35</sup> Harris, D. *¿Por qué practicamos deporte? Razones somatopsíquicas para la actividad física*. Barcelona: Jims; 1976.
- <sup>36</sup> Morris, R. *La auto imagen del adolescente y la sociedad*. Argentina: Paidós; 1973.
- <sup>37</sup> Fox, K.R. Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology* 2000; 31, 228-240.
- <sup>38</sup> Taylor, D.L. A comparison of college athletic participants and nonparticipants on self-esteem. *Journal of College Student Development* 1995; 36, 444-451.
- <sup>39</sup> Moulton, Keith y Moulton, Michael, *El deporte como indicador de la autoestima y motivación por la aprobación*; 2005. Disponible desde <http://www.sobrentrenamiento.com>; Pid: 496.
- <sup>40</sup> Berger, B. G., "Doping with stress: the effectiveness of exercise and other techniques. *Human Kinetics Publisher* 1994; 46: 100-109.
- <sup>41</sup> Akandere, M., Tekin, A., *Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad*. 2005. Disponible desde: <http://www.sobrenentrenamiento.com>. Pid: 478.
- <sup>42</sup> Bartholomew, J., Morrison, D. y Coccolo, J. Effects of Acute Exercise on Mood and Well-Being in Patients with Major Depressive Disorder. *Med Sci Sports Exerc*. 2005;37(12):2032-2037.
- <sup>43</sup> Airasca, Daniel, *Entrenador en salud y fitness, Grupo 757*; 2001.
- <sup>44</sup> Devis Devis, J. y Peiró Velert, C., *Actividad física, deporte y salud*, Inde Publicaciones, Barcelona; 2000.
- <sup>45</sup> Joly, Yvan. *The Feldenkrais Method of Somatic Education*, Internacional Feldenkrais Federation Newsletter; January 2001.
- <sup>46</sup> Joly, Yvan, *Educación somática y salud*, Québec en santé. Montreal; 2001.
- <sup>47</sup> Feldenkrais, Moshe. *La dificultad de ver lo obvio*. Buenos Aires: editorial Paidós; 1991.
- <sup>48</sup> Lamb, D., *Fisiología del ejercicio, respuestas y adaptaciones*. Madrid: Editorial Augusto Pila Teleña.
- <sup>49</sup> Lamb, D., *Fisiología del ejercicio, respuestas y adaptaciones*. Op. cit.

- 
- <sup>50</sup> Platonov, Vladimir. La adaptación en el deporte. 2º edición. Barcelona: Paidotribo; 1989.
- <sup>51</sup> Airasca, Daniel, Entrenador en salud y fitness. Op. cit.
- <sup>52</sup> Nieman, D. C., Pedersen, B. K. Exercise and immune function: recent development. *Physical exercise Medicine* 1999; 27:73-80.
- <sup>53</sup> Shephard, R., Actividad física y sistema inmunológico. Proceedings. Resúmenes del 3er Simposio Internacional de Actualización en ciencias aplicadas al deporte. 1994. Disponible desde <http://www.sobreentrenamiento.com>. Pid: 582
- <sup>54</sup> Fleshner, M., Physical activity and stress resistance: sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression. *Exc Sport Sci Rev.* 2005; 33 (3): 120-126.
- <sup>55</sup> Lamb, D., Fisiología del ejercicio, respuesta y adaptaciones. Op. cit.
- <sup>56</sup> De la Reina, L., Martínez de Haroz, V., et. al. Manual de teoría y práctica del acondicionamiento físico. Madrid: CV ciencias del deporte; 2003.
- <sup>57</sup> De la Reina, L., Martínez de Haroz, V., et. al. Op. cit.
- <sup>58</sup> Alter, M. J.: the science of stretching, Champaign, III, 1988, Human Kinetics Publisher
- <sup>59</sup> De la Reina, L., Martínez de Haroz, V., et. al. Op.cit.
- <sup>60</sup> Ruiz, J. Fisiología del sistema de equilibrio. Disponible desde:<http://www.otorinoweb.com/izquierda/temas/05.lequi/introduccion.htm>
- <sup>61</sup> Marsh, H., Southerland, R. A multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise*, 1994; 16:43-55.
- <sup>62</sup> Marsh, H., Southerland, R. Op. cit.

---

## BIBLIOGRAFIA

- A WORLD BANK POLICY RESEARCH REPORT. CONFRONTING AIDS, *public priorities in a global epidemic*. New York: Oxford University Press; 1997.
- ACOSTA, A. *Aspectos psicológicos del paciente con VIH/ SIDA*. En: Lupo, Sergio, et. al. Clínica y terapéutica de la infección por VIH y SIDA, Tomo II. Rosario: UNR editora; 2003. p. 195-2001.
- AIRASCA, DANIEL. *Entrenador en salud y fitness*, Grupo 757; 2001.
- ALTER, M. J.: *the science of stretching*, Champaign, III, 1988, Human Kinetics Publisher
- BARTHOLOMEW, J., MORRISON, D. Y COCCOLO, J. *Effects of Acute Exercise on Mood and Well-Being in Patients with Major Depressive Disorder*. Med Sci Sports Exerc. 2005;37(12):2032-2037.
- BARTLETT, J., MOORE, R., *Progresos terapéuticos, La derrota del SIDA y sus requisitos*, Revista Investigación y Ciencia Septiembre 1998; (264): 60-69.
- BAUMEISTER, R. F., TICE, D. M., Y HUTTON, D. G. *Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem*. Journal of Personality 1989; 57: 547-579.
- BERGER, B. G., “*Doping with stress: the effectiveness of exercise and other techniques*. Human Kinetics Publisher 1994; 46: 100-109.
- BLASCOVICH, J; TOMAKA, J. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. California: Academic Press Inc. 1991; 115-160.
- BUENDÍA, J. *Apoyo social y salud*. En: Buendía J, ed. Psicología clínica y salud. Murcia: Universidad de Murcia; 1991.
- CAHN, PEDRO. *Psida, Un enfoque integral*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.
- COATES, T., COLLINS, C., *Medidas preventivas, La derrota del SIDA y sus requisitos*, Revista Investigación y Ciencia Septiembre 1998; (264): 79-81.
- COOPERSMITH, S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company; 1967.
- DE CANTOR, A. *Timo, mi médico interno*. 1era edición. Buenos Aires: Kier; 1999.



- 
- DE LA REINA, L., MARTÍNEZ DE HAROZ, V., et. al. *Manual de teoría y práctica del acondicionamiento físico*. Madrid: CV ciencias del deporte; 2003.
  - DEVIS DEVIS, J. Y PEIRÓ VELERT, C., *Actividad física, deporte y salud*, Inde Publicaciones, Barcelona; 2000.
  - DÍAZ RODRÍGUEZ, LOURDES; ARROYO MORALES, MANUEL; RUIZ RODRÍGUEZ, CONCEPCIÓN; PRADAS DE LA FUENTE, FRANCISCO; PEÑAS MALDONADO. *Ejercicio físico aeróbico: estrategia para mejorar el bienestar psicológico en pacientes VIH+*. Evidentia 2005 enero-abril; 2(4): [3 pantallas]. Disponible desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/96articulo.php>
  - FELDENKRAIS, MOSHE. *La dificultad de ver lo obvio*. Buenos Aires: editorial Paidós; 1991.
  - FLESHNER, M. *Physical activity and stress resistance: sympathetic nervous system adaptations prevent stress-induced immunosuppression*. Exc Sport Sci Rev. 2005; 33 (3): 120-126.
  - FOX, K.R. *Self-esteem, self-perceptions and exercise*. International Journal of Sport Psychology 2000; 31, 228-240.
  - FRANCIA, A. *Génesis de la cultura*. Buenos Aires; 1983.
  - GOFFMAN, ERVING. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1970.
  - HARRIS, D. *¿Por qué practicamos deporte? Razones somatopsíquicas para la actividad física*. Barcelona: Jims; 1976.
  - JOLY, YVAN, *Educación somática y salud*, Québec en santé. Montreal; 2001.
  - JOLY, YVAN. *The Feldenkrais Method of Somatic Education*, Internacional Feldenkrais Federation Newsletter; January 2001.
  - LAMB, D., *Fisiología del ejercicio, respuestas y adaptaciones*. Madrid: Editorial Augusto Pila Teleña.
  - LOWEN, ALEXANDER. *La espiritualidad del cuerpo*. 1era edición. Buenos Aires: Paidós; 1994.
  - MANN, J., TARANTOLA, D. *AIDS in the world II, Global dimensions, social roots, and response*. New York: Oxford University Press; 1996.
  - MARSH, H., SOUTHERLAND, R. *A multidimensional physical self-concept and its relations to multiple components of physical fitness*. Journal of Sport and Exercise, 1994; 16:43-55

- 
- MONTAGNIER, LUC, *Entrevista* publicada en la Revista Mundo científico Septiembre 1995; 14 (152): 1054- 1057.
  - MORRIS, R. *La auto imagen del adolescente y la sociedad*. Argentina: Paidós; 1973.
  - NIEMAN, D. C., PEDERSEN, B. K. *Exercise and immune function: recent development*. Physical exercise Medicine 1999; 27:73-80.
  - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*. México: ADN editores; Septiembre, 2002.
  - PLATONOV, VLADIMIR. *La adaptación en el deporte*. 2º edición. Barcelona: Paidotribo; 1989.
  - SAINT-BONNET, J. *Comunidad, SIDA y rehabilitación*. Buenos Aires: Luis Cuarenta Editores; 1997.
  - SHULMAN, S. T., PHAIR, J.P., SOMMERS, H. M. *Infectología clínica*. México, D.F: Editorial Interamericana – McGraw- Hill; 1994.
  - SONSTROEM, R. *Physical Self Concept: Assessment and external validity*. Exercise and Sports Sciences Reviews 1998; 26: 133-164.
  - SONTAG, SUSAN. *El SIDA y sus metáforas*. Buenos Aires: Editorial Alfaguara; 2003.
  - SORIANO, V., GONZALEZ-LAHOZ, J. *Manual del SIDA*, 3º edición, España, Ed. IDEPSA; 1999.
  - TAYLOR, D.L. *A comparison of college athletic participants and nonparticipants on self-esteem*. Journal of College Student Development 1995; 36, 444-451.
  - VALERÍN RAMIREZ, J., SANCHEZ ALVARADO, D. *Efectos de un programa de actividad física- recreativa en el autoconcepto físico y general, la práctica de actividad física en el tiempo libre y la autoeficacia para la práctica de actividad física de adolescentes de un colegio urbano-marginal*. [Tesis] Universidad Nacional de Costa Rica, 2004, Heredia, Costa Rica.
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global AIDS surveillance*. Wkly Epidemiol Rec 1998; 73:193-7.

---

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET.

- Akandere, M., Tekin, A., Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. 2005. Disponible desde: <http://www.sobreentrenamiento.com>. Pid: 478.
- Annan, Koffi A. Mensaje con motivo del Día Mundial del SIDA, 2003. Extraído de <http://www.ieanet.com/general/sida.htm>
- Moulton, Keith y Moulton, Michael, El deporte como indicador de la autoestima y motivación por la aprobación; 2005. Disponible desde <http://www.sobreentrenamiento.com>; Pid: 496.
- ONUSIDA. Estigma y discriminación. Hoja informativa, Diciembre, 2003. Disponible en: <http://www.onusida.gov.ar>
- Pagani, Laura, Herramientas contra el SIDA, prevención y tratamiento. Disponible en <http://nuevageneracion.net/notas/sida.html>
- Ruiz, J. Fisiología del sistema de equilibrio. Disponible desde: [http://www.otorinoweb.com/\\_izquierda/temas/05.1equi/introduccion.htm](http://www.otorinoweb.com/_izquierda/temas/05.1equi/introduccion.htm)
- Shephard, R., Actividad física y sistema inmunológico. Proceedings. Resúmenes del 3er Simposio Internacional de Actualización en ciencias aplicadas al deporte. 1994. Disponible desde <http://www.sobreentrenamiento.com>. Pid: 582
- Solís, J. (1998). Autoestima, autoconcepto y salud mental. Disponible en: [http://www.uv.mx/Investigacion/inv\\_psico/revista/revo713.htm](http://www.uv.mx/Investigacion/inv_psico/revista/revo713.htm).

---

## **ANEXOS**

---

## CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO

Sexo: F ( ) M ( ) Edad: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES

Marque con una equis (X) el número que mejor indique el grado en que usted mejor se perciba a sí mismo, con respecto a las afirmaciones que a continuación se le ofrecen. Utilice la siguiente escala.

### ESCALA

- (1)= Totalmente en desacuerdo
- (2)= En desacuerdo
- (3)= Más en desacuerdo que de acuerdo
- (4)= Más de acuerdo que en desacuerdo
- (5)= De acuerdo
- (6)= Totalmente de acuerdo

### AFIRMACIONES ESCALA

1. Tengo buena figura para mi edad. 1 2 3 4 5 6
2. Creo tener una figura esbelta. 1 2 3 4 5 6
3. Mi aspecto físico es deficiente. 1 2 3 4 5 6
4. Tengo buena apariencia física. 1 2 3 4 5 6
4. Tengo un rostro agradable. 1 2 3 4 5 6
6. Creo que no todos piensan que tengo un buen aspecto. 1 2 3 4 5 6
7. Mi apariencia física es agradable. 1 2 3 4 5 6
8. Tengo mejor aspecto físico que la mayoría de mis amigos. 1 2 3 4 5 6
9. Soy torpe para hacer actividad física. 1 2 3 4 5 6
10. Detesto las cosas relacionadas con el ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
11. Puedo hacer ejercicio físico por largo rato sin parar. 1 2 3 4 5 6
12. Disfruto las actividades relacionadas con el ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
13. Soy bueno en actividades relacionadas con el ejercicio. 1 2 3 4 5 6
14. Si puedo, evito participar en toda actividad deportiva. 1 2 3 4 5 6
15. Soy perezoso cuando hay que hacer ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
16. Soy mejor que muchos de mis amigos con relación al ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
17. Soy más fuerte que la mayoría de mis amigos. 1 2 3 4 5 6
18. Me hace falta fuerza para hacer ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
19. Soy una persona físicamente fuerte. 1 2 3 4 5 6
20. Soy débil para realizar ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6

- 
21. Obtendría una buena calificación en un test de fuerza. 1 2 3 4 5 6
  22. Tengo poca musculatura. 1 2 3 4 5 6
  23. Por ser débil tengo dificultades para realizar actividad física. 1 2 3 4 5 6
  24. Me considero con bastante fuerza física. 1 2 3 4 5 6
  25. Obtendría una buena calificación en pruebas de equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  26. Me caigo fácilmente cuando pierdo el equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  27. Bajo cualquier circunstancia puedo mantener el equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  28. Difícilmente pierdo el equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  29. Mi capacidad de equilibrio es pobre. 1 2 3 4 5 6
  30. En situaciones que lo exijan puedo mantener el equilibrio sin dificultad. 1 2 3 4 5 6
  31. Tengo poca habilidad para el equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  32. Tengo un buen sentido del equilibrio. 1 2 3 4 5 6
  33. Tengo poca capacidad para flexionar. 1 2 3 4 5 6
  34. Soy suficientemente flexible para hacer ejercicio. 1 2 3 4 5 6
  35. Me es difícil moverme en diferentes direcciones. 1 2 3 4 5 6
  36. Me considero suficientemente flexible. 1 2 3 4 5 6
  37. Soy realmente poco flexible. 1 2 3 4 5 6
  38. Puedo mover con rapidez y flexibilidad las diferentes partes de mi cuerpo. 1 2 3 4 5 6
  39. Obtendría buena calificación en un test de flexibilidad. 1 2 3 4 5 6
  40. Tengo la flexibilidad suficiente para hacer actividad física. 1 2 3 4 5 6
  41. Tengo poca resistencia para el ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
  42. Puedo resistir por largo rato el esfuerzo que implica el ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
  43. Podría decir que tengo una resistencia física pobre. 1 2 3 4 5 6
  44. Puedo hacer ejercicio físico por largo rato sin problema. 1 2 3 4 5 6
  45. Me canso con facilidad cuando hago ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
  46. Podría trotar durante un largo rato sin cansarme. 1 2 3 4 5 6

- 
47. Si tuviese que hacerlo, podría resistir un largo rato de ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
48. Tengo poca resistencia para los esfuerzos físicos. 1 2 3 4 5 6
49. Difícilmente me canso cuando hago ejercicio físico. 1 2 3 4 5 6
50. Apenas si he empezado a trotar cuando ya me siento cansado. 1 2 3 4 5 6

### **CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO FÍSICO DE MARSH Y SOUTHERLAND (1994).**

Para los ítems positivos la escala de puntuación es del 1 al 6 según las seis opciones de respuesta.

Para los ítems negativos se le da vuelta a la escala de puntuación de la siguiente manera:

- 1=6  
2=5  
3=4  
4=3  
5=2  
6=1

#### **APARIENCIA FÍSICA**

1. Tengo buena figura para mi edad.
2. Creo tener una figura esbelta.
- \*3. Mi aspecto físico es deficiente.
4. Tengo buena apariencia física.
5. Tengo un rostro agradable.
- \*6. Creo que no todos piensan que tengo un buen aspecto.
7. Mi apariencia física es agradable.
8. Tengo mejor aspecto físico que la mayoría de mis amigos.

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ÍTEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

#### **INTERÉS POR LA ACTIVIDAD FÍSICA**

- \*9. Soy torpe para hacer actividad física.
- \*10. Detesto las cosas relacionadas con el ejercicio físico.
11. Puedo hacer ejercicio físico por largo rato sin parar.
12. Disfruto las actividades relacionadas con el ejercicio físico.
13. Soy bueno en actividades relacionadas con el ejercicio.
- \*14. Si puedo, evito participar en toda actividad deportiva.
- \*15. Soy perezoso cuando hay que hacer ejercicio físico.
16. Soy mejor que muchos de mis amigos con relación al ejercicio físico.

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ÍTEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

---

## **FUERZA**

- 17. Soy más fuerte que la mayoría de mis amigos.
- \*18. Me hace falta fuerza para hacer ejercicio físico.
- 19. Soy una persona físicamente fuerte.
- \*20. Soy débil para realizar ejercicio físico.
- 21. Obtendría una buena calificación en un test de fuerza.
- \*22. Tengo poca musculatura.
- \*23. Por ser débil tengo dificultades para realizar actividad física.

24. Me considero con bastante fuerza física.

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ITEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

## **EQUILIBRIO**

- 25. Obtendría una buena calificación en pruebas de equilibrio.
- \*26. Me caigo fácilmente cuando pierdo el equilibrio.
- 27. Bajo cualquier circunstancia puedo mantener el equilibrio.
- 28. Dificilmente pierdo el equilibrio.
- \*29. Mi capacidad de equilibrio es pobre.
- 30. En situaciones que lo exijan puedo mantener el equilibrio sin dificultad.
- \*31. Tengo poca habilidad para el equilibrio.

32. Tengo un buen sentido del equilibrio.

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ITEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

## **FLEXIBILIDAD**

- \*33. Tengo poca capacidad para flexionar.
- 34. Soy suficientemente flexible para hacer ejercicio.
- \*35. Me es difícil moverme en diferentes direcciones.
- 36. Me considero suficientemente flexible.
- \*37. Soy realmente poco flexible.
- 38. Puedo mover con rapidez y flexibilidad las diferentes partes de mi cuerpo.
- 39. Obtendría buena calificación en un test de flexibilidad.
- 40. Tengo la flexibilidad suficiente para hacer actividad física.

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ITEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

## **RESISTENCIA**

- \*41. Tengo poca resistencia para el ejercicio físico.
- 42. Puedo resistir por largo rato el esfuerzo que implica el ejercicio físico.
- \*43. Podría decir que tengo una resistencia física pobre.
- 44. Puedo hacer ejercicio físico por largo rato sin problema.
- \*45. Me canso con facilidad cuando hago ejercicio físico.
- 46. Podría trotar durante un largo rato sin cansarme.
- 47. Si tuviese que hacerlo, podría resistir un largo rato de ejercicio físico.
- \*48. Tengo poca resistencia para los esfuerzos físicos
- 49. Dificilmente me canso cuando hago ejercicio físico
- \*50. Apenas si he empezado a trotar cuando ya me siento cansado.



---

(\*) AFIRMACIONES NEGATIVAS, DESPUÉS DE DAR VUELTA A LA ESCALA EN ESTOS ITEMS Y SUMARLOS CON LOS DEMÁS, UN PUNTAJE ALTO SE INTERPRETA COMO POSITIVO.

---

**CUESTIONARIO  
DE AUTOCONCEPTO FÍSICO**

Sexo: F ( ) M ( ) Edad: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

Marque con una equis (X) el número que considere acertado con respecto a las afirmaciones. Utilice la siguiente escala.

**ESCALA**

(1)= En desacuerdo

(2)= Más de acuerdo que en desacuerdo

(3)= De acuerdo

**AFIRMACIONES ESCALA**

1. Mi aspecto físico es deficiente. 1 2 3

2. Tengo buena apariencia física. 1 2 3

3. Creo que no todos piensan  
que tengo un buen aspecto. 1 2 3

4. Mi apariencia física es agradable. 1 2 3

5. Soy torpe para hacer  
actividad física. 1 2 3

6. Detesto las cosas relacionadas  
con el ejercicio físico. 1 2 3

7. Disfruto las actividades  
relacionadas con el ejercicio físico. 1 2 3

8. Si puedo, evito participar  
en toda actividad deportiva. 1 2 3

9. Soy perezoso cuando hay que  
hacer ejercicio físico. 1 2 3

10. Me hace falta fuerza para hacer  
ejercicio físico. 1 2 3

11. Obtendría una buena calificación  
en un test de fuerza. 1 2 3

12. Tengo poca musculatura. 1 2 3

13. Me considero con bastante  
fuerza física. 1 2 3

14. Obtendría una buena calificación  
en pruebas de equilibrio. 1 2 3

15. Me caigo fácilmente cuando  
pierdo el equilibrio. 1 2 3

16. Bajo cualquier circunstancia puedo  
mantener el equilibrio. 1 2 3

17. Dificilmente pierdo el equilibrio. 1 2 3

18. Mi capacidad de equilibrio es pobre. 1 2 3

19. Tengo poca capacidad  
para flexionar. 1 2 3

- 
- 20.** Me es difícil moverme en diferentes direcciones. 1 2 3
- 21.** Me considero suficientemente flexible. 1 2 3
- 22.** Puedo mover con rapidez y flexibilidad las diferentes partes de mi cuerpo. 1 2 3
- 23.** Obtendría buena calificación en un test de flexibilidad. 1 2 3
- 24.** Tengo poca resistencia para el ejercicio físico. 1 2 3
- 25.** Puedo resistir por largo rato el esfuerzo que implica el ejercicio físico. 1 2 3
- 26.** Podría decir que tengo una resistencia física pobre. 1 2 3
- 27.** Podría trotar durante un largo rato sin cansarme. 1 2 3
- 28.** Apenas si he empezado a trotar cuando ya me siento cansado. 1 2 3