

Joaquina M. Valverde Romera,
Licenciada en Educación Física.
Profesora de Fundamentos de la Educación Física
Especial, INEF-Galicia.

LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA SUJETOS TOXICÓMANOS EN REHABILITACIÓN

Resumen

De un tiempo a esta parte, la actividad física ha comenzado a considerarse como parte de la terapia de los sujetos toxicómanos que se encuentran en fase de rehabilitación. El presente artículo, tras una valoración inicial de la problemática de la droga en nuestros días, analiza el papel de la educación física incluida en los programas de rehabilitación.

En un apartado posterior se recogen los objetivos, contenidos, recursos materiales e instalaciones, metodología y evaluación que se han utilizado en la aplicación de un programa de actividad física en la Unidad Asistencial de Drogodependencia de La Coruña durante dos años.

Para finalizar, se dan unas orientaciones sobre cuál debe ser la función de un profesional en educación física dentro de este campo.

Palabras clave: droga, toxicómano, rehabilitación, actividad física.

La problemática actual de la droga

“Es raro que las drogas tengan un principio y un fin discretos en sus efectos, como tampoco sus efectos son de duración típicamente breve” (Rimm y Masters, 1987).

No cabe duda de que, hoy en día, el tema de la drogadicción se ha convertido en uno de los motivos de mayor preocupación para nuestra sociedad. De acuerdo con los últimos estudios e in-

vestigaciones, publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1991), resulta alarmante comprobar cómo el consumo de drogas no legalizadas se viene realizando por jóvenes en edades cada vez más tempranas: desde los 12,7 hasta los 15,8 años, considerando que las edades de escolarización son 13 y 17 años.

¿A qué se debe esta iniciación cada vez más precoz? Para García (1986), existe una crisis de valores que afecta a toda la población occidental, incluyendo por supuesto a la juventud, y que ha supuesto la pérdida de unos pilares tan importantes como pueden ser la familia o las creencias religiosas. Siguiendo con esta misma idea, Mowbrai (1993) destaca el hecho de que los jóvenes actuales “están solicitando” límites y puntos de referencia, ya que ellos se ven incapaces de ponerlos por sí mismos. Pero, por otro lado, podemos comprobar que día a día se está haciendo más para intentar solucionar y paliar este te-

rrible mal. Son ya numerosas las instituciones que están llevando a cabo planes de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social de sujetos drogodependientes. Y también son numerosas las medidas que se están aportando en el tema de la prevención.

El papel de la educación física dentro de los programas de rehabilitación

La educación física como tal, dentro de estos programas, es relativamente vedada. Y, sin embargo, “es un método educativo que tiene mayores posibilidades que otras materias para poder llegar a lo más profundo de la personalidad, que es donde radica la base de la inadaptación social” (Blanco, 1979). Es decir, no cabe duda de que, como educadores, tenemos una herramienta muy potente para generar y reforzar estilos de vida saludables.



Según Rimm y Masters (1987), “dado que el uso de las drogas (...) puede ocasionar rápidamente daños físicos (...) puede hacerse necesario utilizar un procedimiento de modificación que produzca un cambio o control rápido”. Dicho cambio o control rápido muy bien podría venir facilitado y favorecido por los programas de actividad física y deportiva. De hecho, existen estudios científicos que demuestran la efectividad de la actividad física incluida como una terapia psicomotriz dentro del programa de rehabilitación que estén siguiendo los sujetos. Así por ejemplo, Guiñales (1991) se planteó como objetivos de su investigación:

1. Valoración de la importancia de la actividad física en los programas de rehabilitación de drogodependientes y alcohólicos.
2. Valoración individual de los efectos de la práctica de actividad física.
3. Evaluación de las preferencias deportivas.
4. Desarrollo de un programa de actividad física acorde a los datos anteriores.

Las conclusiones que obtuvo de su trabajo fueron las siguientes:

1. Interés mostrado por los sujetos hacia todo aquello que sea práctica deportiva.
2. La práctica deportiva mejora la autovaloración del estado físico.

Durante el curso académico 1992-1993, Dopico y Pérez, alumnos del INEF de Galicia, presentaron un trabajo en esta misma línea, en el que consiguieron los siguientes resultados:

1. Existe una menor integración de la mujeres que de los hombres en los centros de rehabilitación (aproximadamente el 4 % frente al 96 %).
2. El intervalo de edad de ingreso en estos centros oscila entre 21 y 33 años, siendo la media de 25 años.
3. Las preferencias deportivas de los in-



dividuos varían entre el 4,76 % para los deportes individuales, el 38,1 % para los deportes de equipo y el 57,14 % para ambos tipos de deporte.

4. El 76,19 % de los sujetos da gran importancia al ejercicio físico como medio de mantenimiento de la salud.
5. El estado físico posterior a una sesión es de “ausencia de cansancio” (9,52 %), “presencia de síntomas de cansancio” (85,71 %) y “cansancio bastante acusado” (4,76 %).

Pero, siguiendo palabras de Le Boulch (1976), “el acto motor no es un proceso aislado y, por el contrario, sólo adquiere significación con referencia a la conducta emergente de la totalidad de la personalidad”. Es decir, no podemos olvidar otros aspectos del toxicómano, como pueden ser los emotivos, los sociales o los psicológicos. Concretamente, acerca de estos últimos, Canton y Mayor (1993) están desarrollando un estudio en el que pretenden comprobar empíricamente y con rigor el impacto de determinados tipos de actividad física (básicamente de carácter aeróbico y cooperativo) sobre un grupo de variables biomédicas (mejora de la resistencia cardiovascular, incremento del tono muscular, etcétera) y psicológicas (nivel de motivación, autoconcepto, estado de ánimo, etcétera).

Aplicación práctica de un programa de actividad física

El programa que a continuación se expone es el resultado de la labor desarrollada durante dos años con un grupo de pacientes toxicómanos en fase de rehabilitación; todos ellos pertenecían a la Unidad Asistencial de Drogodependencias de La Coruña, y dentro de este conjunto, había dos tipos:

1. Sujetos que pertenecían al plan de “reinserción social” y se encontraban bajo un régimen de ambulatorio, pudiendo asistir a las clases de EF siempre y cuando su médico lo considerase oportuno.
2. Sujetos que seguían el plan de la “unidad de día”, es decir, tenían que acudir al hospital de día al las 8.30 h y no se iban hasta las 18.00 h; para éstos, las clases de EF tenían carácter obligatorio.

Objetivos

A nivel físico

1. Posibilitar el restablecimiento de las capacidades físicas: fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad.
2. Desarrollar y mejorar las habilidades básicas: saltos, giros, desplazamientos (marcha, carrera, trepas y suspensiones), lanzamientos y recepciones.



3. Ayudar a potenciar las conductas neuro y perceptivo-motrices: esquema corporal, respiración, relajación, equilibrio, coordinación, lateralidad y nociones espacio-temporales.

A nivel psicológico

1. Favorecer la mejora de su autoimagen.
2. Incrementar el nivel de estima y confianza hacia sí mismos.
3. Trabajar el desarrollo de la creatividad.
4. Capacitar al sujeto para una mayor autonomía personal.
5. Desarrollar el aspecto volitivo del individuo.

A nivel social

1. Inculcar los beneficios de unos hábitos de vida sanos (alimentación, higiene y ejercicio).
2. Mejorar las relaciones interpersonales.
3. Resaltar el aspecto de la cooperación en el grupo.
4. Delegar responsabilidades, en la medida de lo posible, para favorecer la integración social.

Contenidos

Los contenidos que se desarrollaron estuvieron en función de:

1. Objetivos planteados previamente.
2. Resultados que se obtuvieron al efectuar un sondeo para conocer sus mayores intereses y motivaciones personales.
3. Sus posibilidades físicas según su estado fisiológico.
4. Recursos materiales e instalaciones disponibles.

De acuerdo a todo esto, los contenidos fueron los siguientes:

- Condición física general: carrera continua en pista de 400 metros (nunca más de 15 minutos ni superando las 120 pulsaciones), *interval-training* en pista de 200 metros (150 metros corriendo y 50 andando), "circuitos de Oregón" (intercalar ejercicios suaves cada cierto tramo de carrera), circuitos de fuerza con la resistencia de un compañero (siempre con series y repeticiones reducidas), ejercicios de flexibilidad con material alternativo siguiendo el método de Anderson (1989) y trabajos de velocidad haciendo *hincapié* en la respuesta de reacción.
- Deportes: estuvieron verdaderamente mediatisados por el material y las instalaciones. Por otro lado, sus preferencias se inclinaban hacia los deportes tradicionales tales como fútbol, baloncesto, voleibol y natación, por

lo que el trabajo principal iba encaminado hacia la iniciación y posterior mejora de la técnica, el conocimiento básico del reglamento y alguna breve introducción a la táctica. También hubo posibilidad de conocer otros deportes no tradicionales (como, por ejemplo, el bádminton) o bien juegos predeportivos (la indiaka).

- Otras actividades: algunas sesiones se dedicaron al conocimiento de su propio esquema corporal (interiorización de sensaciones), a la relajación (siguiendo el método de Schultz), o bien a la respiración (sobre todo aprovechando el medio acuático).

Es de resaltar que, a la hora de llevar a la práctica los contenidos, siempre se elaboraron considerando que la intensidad y el volumen debían ser bajos, ya que, como se comentaba anteriormente, sus condiciones fisiológicas no eran las ideales.

Recursos materiales e instalaciones

Dado que la Unidad Asistencial de Drogodependencias no posee instalaciones deportivas propias, el programa de actividad física se desarrolló en las instalaciones municipales polideportivas de Riazor. Concretamente, estaban a nuestra disposición:

- Pista de atletismo exterior de 400 m.
- Pista de atletismo cubierta de 200 m.
- Pabellón cubierto con suelo de cemento (50 x 25) en el que había dos porterías de fútbol-sala, dos canastas de baloncesto y una red que utilizábamos indistintamente para voleibol y bádminton variando su altura.
- Gimnasio (20 x 10) con el material propio: plinto, espaldertas, colchonetas, etcétera.
- Piscina (25 x 12,5), con una profundidad entre 1,20 y 2,10 metros. Se utilizó el material alternativo que tenían, como aletas, tablas, *pull-buoys*, etcétera.

Lógicamente, el uso de todas estas instalaciones estaba previamente acorda-

DÍA	INSTALACIÓN	CONTENIDO
Lunes	Pista exterior y frontón	Cond. físc. y Dep.
Martes	Piscina	Natación
Miércoles	Pista interior y gimnasio	Condición física
Jueves	Pista exterior y frontón	Cond. físc. y Dep.
Viernes	Piscina	Natación

Cuadro 1. Utilización de las instalaciones

dos entre el Ayuntamiento y la Unidad Asistencial. En cuadro 1 aparece cuál era la utilización que se hizo de ellas a lo largo de la semana, junto con los contenidos que se impartían.

Antes de iniciar el programa, hubo que hacer una solicitud de material a la Unidad Asistencial, puesto que el que poseían era bastante escaso. El tipo de material solicitado fue balones para los respectivos deportes, raquetas y volantes de bádminton y material alternativo, como picas, cuerdas, indiakas y aros de ritmica.

Metodología

“El proceso educativo en general y la enseñanza en particular pueden ser contemplados como una consecuencia específica de la capacidad de comunicación de los seres humanos” (Sánchez, 1986). Antes de comenzar con el programa concreto de actividad física, yo había planteado la cuestión de cómo iba a comunicarme, cómo iba a “llegar” a este grupo de personas tan especiales. Era más jovén que la mayoría de ellos y, además, mujer. Sus médicos y asistentes sociales me advirtieron que iban a intentar “manejarme” de tal modo que ellos harían lo que quisiesen pero por indicación mía. El tema no fue tan grave y desde un principio quedó claro cómo iba a ser la organización de las sesiones y cuál era la lógica de la programación.

La información que se les transmitía sobre los contenidos era tanto por el canal visual (utilizando modelos), como por el canal auditivo (verbalmente), como por el canal kinestésico-tactil (ayudas manuales).

Los estilos de enseñanza utilizados variaron desde la instrucción directa hasta la resolución de problemas, pasando por la asignación de tareas o el descubrimiento guiado; estaban en función de los objetivos y los contenidos. En todos los casos, mi participación era activa dentro del grupo. Además, con estos alumnos cobraban mayor importancia las palabras de Sánchez (1986) en las que afirma que “cada alumno debe conservar su individualidad y no convertirse en un elemento indiferenciado dentro del grupo”, es decir, todos tenían una problemática similar pero diferente a la de sus compañeros, y era función mía, como educadora, saber “administrar la dosis justa individual” de actividad física, de refuerzo, de crítica, de ayuda.

Evaluación

A nivel evaluativo, se les fue haciendo un seguimiento individual mediante una serie de pruebas sencillas que sirvieron para verificar cómo se iban cumpliendo los objetivos propuestos. La frecuencia de estos controles solía ser quincenal.

La batería de test se encontraba centrada exclusivamente en sus cualidades físicas y en sus habilidades básicas. No se hizo ningún tipo de cuestionario para valorar cómo iban mejorando los objetivos planteados a nivel psicológico o a nivel social. Estos datos estaban en función de la propia observación y de los comentarios personales de cada alumno con respecto a sí mismo y a sus compañeros.

Valverde y Sánchez (1993) demostraron científicamente el positivismo de este programa de actividad física aplicado a los dos grupos distintos de sujetos (unos en régimen de ambulatorio y otros en régimen de hospital de día). En ambos casos se consiguieron mejoras importantes de las cualidades físicas estudiadas (fuerza, velocidad, resistencia aeróbica y flexibilidad).

Conclusiones

Las conclusiones de este programa concreto no se van a exponer siguiendo un orden determinado, ya que es muy difícil estimar cuál de ellas puede ser la más destacada. Todas son provechosas, útiles e interesantes.

- Es importante resaltar la “excesiva” cantidad de alumnos que asistieron a las clases de actividad física durante este corto periodo de dos años ¿Qué quiere decir esto? Que, realmente, su permanencia en el programa era muy corta; sobre todo en el caso de los alumnos que seguían el plan de reinserción (ver gráfico 1).

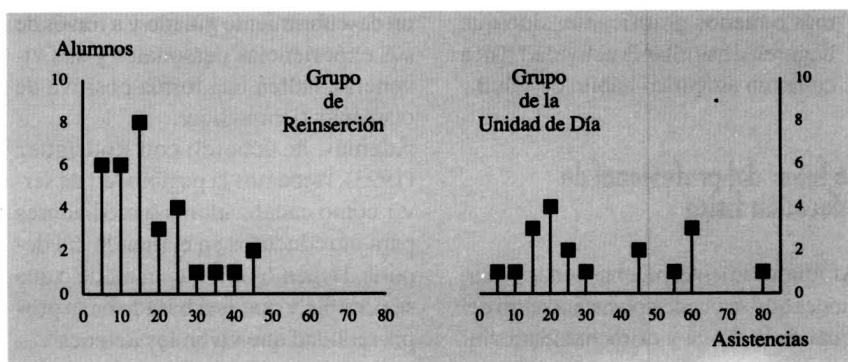


Gráfico 1. Alumnos y asistencias

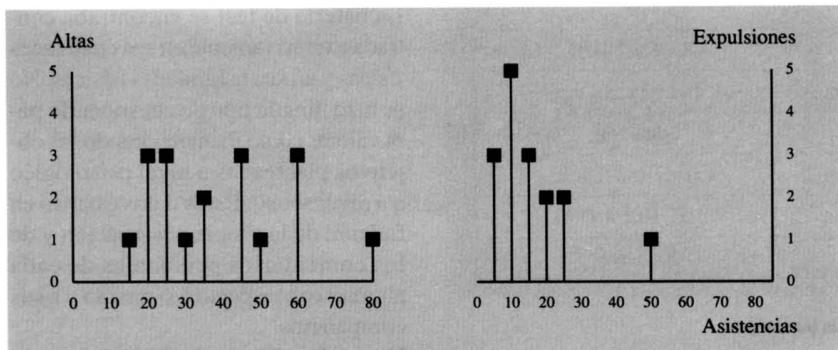


Gráfico 2. Relación entre asistencias, expulsiones y alumnos dados de alta

- Existió una relación directa entre los alumnos que tuvieron un mayor número de asistencias y los que consiguieron ser dados de alta (ver gráfico 2).
- El hecho de que algunos continuaran haciendo consumos esporádicos durante la fase de recuperación (y con el riesgo de que los expulsasen del programa) constituyó un factor determinante a la hora de conseguir los objetivos planificados (sobre todo, los físicos).
- Era preferible disminuir la intensidad y el volumen de los ejercicios de forma generalizada para todo el grupo antes que hacer claras discriminaciones. Por supuesto, esto no estaba en contra de una enseñanza individualizada y adaptada a las posibilidades de cada uno.
- Cabe destacar su alto grado de motivación. Todos eran conscientes de los beneficios del ejercicio físico. La intención de las sesiones no había sido que pasasen una hora divertida y más o menos gratificante, sino que llegasen a asimilar la actividad física como un auténtico hábito de salud.

La labor del profesional de educación física

Afortunadamente, muchas son las soluciones que se pueden plantear dentro del tema de la droga y estrechamente vin-

culadas con la educación física. Y además, no sólo desde un punto de vista rehabilitador, sino también preventivo. Está claro que la actividad física practicada de forma continua (y no esporádicamente), va a proporcionar unos hábitos saludables, una estabilidad psíquica y un ajuste social correcto. Mowbrai (1993) opina que:

1. La actividad física constituye una alternativa de ocio saludable.
2. El deporte puede contribuir a la adquisición de nuevos valores personales.
3. El deporte es una actividad colectiva que favorece el proceso de socialización (obliga a adaptarse a unas reglas o normas).

Dado que los jóvenes son la población que podríamos considerar de riesgo y, al mismo tiempo, la que está más próxima al educador físico, su función será atraerlos hacia la actividad física y deportiva consiguiendo que, mediante un descubrimiento guiado y a través de sus experiencias personales y sus vivencias, hallen una forma positiva de ocupar su tiempo libre.

Además, de acuerdo con Rodríguez (1993), "tenemos la posibilidad de servir como canalizadores o mediadores para introducirlos en el mundo del deporte. Debemos reflejar un modelo que sea creíble y que esté basado en la propia realidad que viven los jóvenes".

Y por último, nuestra labor no debe ser aislada, es decir, la terapia psicomotriz por sí sola no es de gran ayuda. Debemos colaborar con el resto de profesionales que puedan estar más estrechamente relacionados con este campo y llevar a cabo un trabajo interdisciplinar que permita la prevención o bien la recuperación de los drogodependientes.

Bibliografía

- BLANCO PEREIRA, E. *Educación física, pedagogía liberadora e inadaptación social*. Tesina presentada en el INEF de Madrid, curso 1978-1979.
- CANTÓN, E. y MAYOR, L. *Estudio empírico psicológico-motivacional para la rehabilitación de toxicómanos mediante un programa de actividad física*. Ponencia presentada en el "Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte", Granada, 1993.
- DÓPOCO GARCÍA, R. y PÉREZ TENREIRO, A. *La educación física en la rehabilitación y reinserción social de drogodependientes*. Estudio presentado en el INEF de Galicia, curso 1992-1993.
- GARCÍA SOTO, M. *La actividad física en la lucha por un objetivo final y real: rehacer jóvenes drogadictos y/o delincuentes*. Málaga: UNISPORT, 1986.
- GUIÑALES RUIZ, L. "Evaluación de la actividad deportiva en los programas de rehabilitación de alcoholismo y drogodependencias", *Revista de Investigación y Documentación sobre las Ciencias de la Educación Física*, 18, p. 64-74, 1991.
- MOWBRAI RUIZ, R. *La perspectiva de las toxicomanías*. Ponencia presentada en el congreso nacional "Salud y calidad de vida", León, 1993.
- RIMM, D. C. y MASTERS, J. C. *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas, 1987.
- RODRÍGUEZ RAMOS, G. *Talleres de salud: el trabajo en las áreas de tiempo libre*. Ponencia presentada en el congreso nacional "Salud y calidad de vida", León, 1993.
- SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. *Bases para una didáctica de la educación física y el deporte*. Madrid: Gymnos, 1986.
- VALVERDE ROMERA, J. M. y SÁNCHEZ MOLINA, J. A. *Valoración de un programa de actividad física sobre drogodependientes en fase de rehabilitación*. Ponencia presentada en el "Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte", Granada, 1993.