

Actividad física y deporte en la terapia de drogodependientes: Un resumen de la situación y de las posibilidades en España y Alemania

Ley, Clemens

Licenciado en las Ciencias de Deportes - rehabilitación y prevención

por la Universidad Alemana de Deportes de Colonia, Alemania.

Cursando doctorado en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Madrid.

Resumen

Aunque la actividad físico- deportiva está siendo establecida progresivamente en la rehabilitación de muchas enfermedades y en la mejora de la salud, su grado de reconocimiento en el área de la drogodependencia es bajo. En este estudio se expone cómo la utilización del ejercicio físico y el deporte en las Comunidades Terapéuticas está insuficientemente valorada.

Como un fundamento teórico de la intervención consideramos el *Modelo de Salutogenese* de Antonovsky. En este contexto presentaremos investigaciones que versan sobre los beneficios del deporte y los objetivos del mismo. Revisamos la bibliografía internacional, especialmente en España y en Alemania. Además se presentarán los datos de una encuesta con participación de 40 de las 101 Comunidades Terapéuticas oficiales de España. En la situación actual

Palabras Clave

Actividad física, deporte, terapia, rehabilitación, drogodependencia, Comunidad Terapéutica, monitor, Modelo de Salutogenese.

Summary

While exercise and sport are currently well established in the rehabilitation of an increasing number of diseases, its recognition in the therapy of drug addiction is low. This study shows, that the current deployment of exercise and sport as a therapeutic method is undervalued and its possibilities remain unused.

Correspondencia a:

Clemens Ley. Av. Valladolid 9, 3centro. 28008 Madrid. Teléfono: 625951541. Correo electrónico: clemensley@gmx.de



Based on the *Model of Salutogenese* from Antonovsky as a theoretical frame for the intervention, aims and evaluated benefits will be presented. An international investigation of available studies will be resumed, here especially for Spain and Germany. Afterwards, the results of a questionnaire comprising 40 of the 101 official Therapeutic Communities of Spain will be resumed and compared with the situation in Germany. Structural deficits were found that often prevent to conduct exercise and sport as a therapeutic method. In contrary to the significant difference between the current situation and the possibilities of movement and sport therapy, good approaches as well as motivated staff can be found in some Therapeutic Communities. However, possibilities of improvement can be found (a) in the integration of the movement programs and the sport teacher in the concept of the institution, (b) in the appropriate qualification of the sport teacher and (c) in the recognition of the therapeutic effectiveness of exercise and sport programs by the institution and by the therapeutic team.

Key Words

physical activity, sport, therapy, rehabilitation, drug addiction, Therapeutic Communities, sport teacher, model of Salutogenese.

Résumé

En se basant sur le traitement de plusieurs maladies et sur les études sanitaires l'utilisation d'activités physiques et sportives dans la thérapie sur la dépendance aux drogues est insuffisante. Cette étude montrera que l'actuelle importance de l'activité physique et sportive a été sous-estimée comme mesure thérapeutique. A l'heure actuelle, n'utilise effectivement pas toutes ces possibilités.

Soutenus par la théorie du modèle de la *Salutogenese* d'Antonovsky, nous montrerons les bénéfices et les buts évalués du sport dans ce domaine. Nous présenterons une recherche littéraire internationale, basée sur l'Allemagne et l'Espagne. Nous continuerons par la présentation d'un questionnaire, qui nous démontrera la situation actuelle du sport et de l'activité physique dans la Communauté Thérapeutique Espagnole à partir des données de 40 des 101 institutions officielles. Ensuite, ces données seront comparées aux données allemandes. On y verra les problèmes structurels des institutions, n'admettant pas l'usage du sport comme mesure thérapeutique. Toutefois, on trouve en plusieurs endroits des débuts positifs et des collaborateurs motivés. Restenait à améliorer: (a) l'intégration de l'activité physique et du professeur d'éducation physique dans la conception des institutions, (b) la formation adaptée du professeur d'éducation physique et (c) l'appréciation de l'efficacité thérapeutique de l'activité physique et du sport de la part de l'institution et de l'équipe thérapeutique.



Most Clé

Activité physique et sportive, thérapie, réhabilitation, dépendance aux drogues, Communauté Thérapeutique, professeur d'éducation physique, modèle de Salutogenese.

I. INTRODUCCIÓN

Aunque hay diferencias culturales en el uso y abuso de drogas, el fenómeno de la adicción es muy parecido en los países industrializados (EMCDDA 2002; DGPND 2001). El sistema de rehabilitación es parecido en Alemania y en España. En el caso de las *Comunidades Terapéuticas* hay que mencionar que en España están especializados en más de una fase de rehabilitación. También están trabajando en el área de la reintegración. La Comunidad Terapéutica alemana se especializa sólo en la fase de deshabituación. Después de la misma son remitidos a las instalaciones semi-residenciales. Su actuación es parecida a la *Comunidad Terapéutica con actividades/ programas de inserción* en España (EMCDDA 2002). Se puede decir que en Alemania existen diferentes instalaciones para las actividades realizadas por la Comunidad Terapéutica de España.

La mayoría de los autores proponen una terapia biopsicosocial, incluyendo un tratamiento interdisciplinar por parte de un equipo multiprofesional. Veremos en esta investigación que la actividad físico-deportiva planificada y realizada profesionalmente es una terapia adicional, que se debe integrar en el plan terapéutico del drogodependiente.

En esta ponencia entendemos la actividad física, el ejercicio físico y el deporte como instrumentos para lograr objetivos terapéuticos de la rehabilitación de drogodependientes. Esta actividad físico-deportiva está planificada, estructurada y controlada profesional-

mente (GUERRERO 1996; ALGUERÓ 1996). Contiene juegos predeportivos, deportes, como por ejemplo natación, voleibol, tenis de mesa, bádminton y baloncesto, jogging, gimnasia, estiramientos y baile. Además se utilizan métodos y ejercicios de psicomotricidad, sensomotricidad, percepción y deportes de aventura y en la naturaleza, dependiendo de la formación del monitor. Pueden ser modificados y adaptados a las capacidades de los sujetos, la situación al inicio de la actividad y a los objetivos. El programa incluye fases de calentamiento, estiramiento, recreación, reflexión (verbal) y relajación.

2. LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA DENTRO UN MODELO TEÓRICO

La importancia teórica del ejercicio físico y deporte se puede ver en el *Modelo de Salutogenese* de ANTONOVSKY (1997, 1987). En los últimos años este modelo ha sido utilizado para describir los factores de la rehabilitación de las drogodependencias (DEIMEL 2001; HÖLTER 2001; WELBRINK & FRANKE 2000). Se considera el bienestar individual en un 'continuo' entre salud y enfermedad (Ver gráfico 1). Al contrario de otros modelos, éste contempla no solo la enfermedad (la adicción), sino también la parte sana del sujeto. Si el sujeto se acerca a la enfermedad o a la salud (abstinencia y bienestar) depende de como el sujeto puede regular la situación de estrés. Como se ve en el



gráfico 1, son el *sentido de coherencia*, las *experiencias de la vida* y los *recursos personales y sociales* los que ayudan a manejar la situación de estrés. Los riesgos a nivel físico, psíquico y social determinan la situación de estrés. Para Antonovsky, el *sentido de coherencia* (sense of coherence) tiene un papel clave. Consiste en el *sentimiento de comprensibilidad* (sense of comprehensibility), el *sentimiento de manejabilidad* (sense of manageability) y el *sentimiento de significatividad* (sense of meaningfulness) de acontecimientos. Se puede comprender éste como una posición fundamental y actitud básica de una persona al entorno y al mundo. Como los estudios existentes lo muestran a continuación, la actividad físico-deportiva puede *fomentar los recursos personales y sociales y disminuir riesgos*. Además, el deporte planificado profesionalmente ofrece un campo controlado y protegido en que se realizan interacciones sociales, así como también confrontaciones con sus propios comportamientos. Practicar deporte es conocerse a sí mismo y comprender a los demás. Así podemos dar lugar a *experiencias de la vida*, al *sentido de coherencia* y a *situaciones de estrés* (Ver gráfico 1).

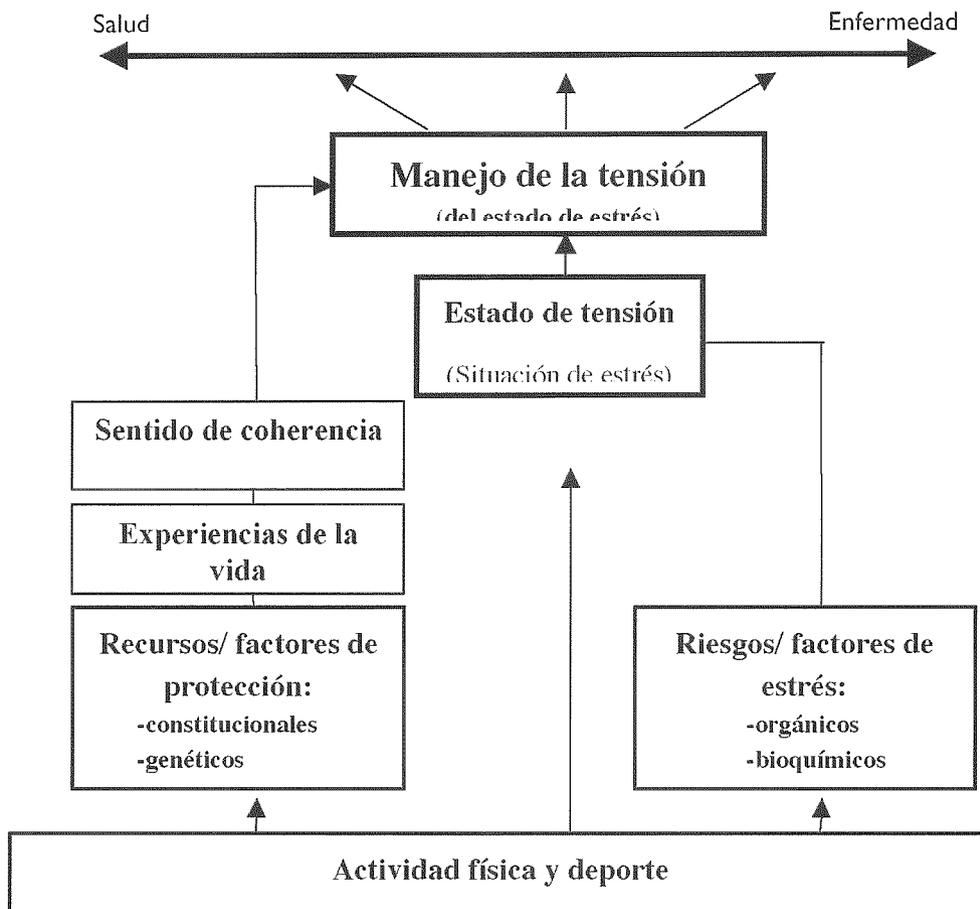
3. ESTUDIOS EMPÍRICOS EN LA ACTIVIDAD FÍSICO- DEPORTIVA

El ejercicio físico y el deporte están especialmente indicados en pacientes con cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus (sistema metabólico) y osteoporosis. También en otras enfermedades como cáncer, VIH, trastornos en el sistema neurológico y endocrino y discapacidades físicas y mentales, se han conseguidos bue-

nos resultados con una intervención de actividad físico-deportiva. La utilización de ejercicio físico en trastornos psíquicos está altamente indicada, debido a sus efectos positivos en síndromes depresivos, estados de ansiedad, tensión muscular; concepto de uno mismo (autoconcepto), autoestima y autocuidado en general, insomnio, equilibrio psíquico, sensación de bienestar; resistencia al estrés, mejora de la concentración y la cognición. Además fomentan la calidad de vida y hábitos saludables y promueven valores sociales. Los estudios existentes sugieren efectos positivos en la comunicación e interacción entre los sujetos y la integración de colectivos socialmente desfavorecidos (Knobloch 2001; Hollmann et al 2001; Weiss & Liesen 1997; Serra 1996; Rieder et al. 1996; Schlicht 1995; LaPerriere et al. 1994; Sørensen 1994; Bouchard et al. 1993; Van der Schoot & Seeck 1990). Aunque los estudios empíricos han sido evaluados con diferentes grupos de pacientes, podemos esperar que los efectos también sean útiles para mejorar los *recursos* y *disminuir los riesgos* del sujeto drogodependiente. Se dice críticamente que los estudios sobre la actividad físico-deportiva con drogodependientes sean deficitarios y poco concluyentes. En virtud, mucha bibliografía se refiere a experiencias y no a investigaciones científicas. Algunos estudios están limitados en su valor empírico, ya que estudian muestras pequeñas, falta grupo de control o base teórica. Por otro lado existen esfuerzos notables y novedosos que demuestran el beneficio de programas físico-deportivos en la rehabilitación de drogodependientes. A continuación se resumen los estudios científicos e importantes en la actividad físico-deportiva como medida terapéutica en la drogodependencia.



Gráfico 1: La Actividad física y el deporte en el «Modelo de Salutogenese» de ANTONOVSKY (1997), modificado por HÖLTER (2001, 342) – expuesto de forma simple.



Existen estudios, como los de STIENSMEIER-PELSTER, MEYZA & LENZEN (1989) y WEBER (1984), que muestran el beneficio de un programa deportivo (correr, gimnasia y juegos deportivos) en una mejora de conductas y hábitos asociados al fenómeno de la adicción y del bienestar psíquico. Knobloch & Kreisel (KNOBLOCH 2001),

DUBERNY (1992), KLEIN (1987) y DIRK (1983) utilizaban en sus estudios métodos deportivos y psicodinámicos y afirman que gracias a ellos se producía una mejora de parámetros psicosociales, del autoconcepto y un aumento del bienestar. RAHMANI (2001) demostró la eficacia de la terapia mediante el deporte en un centro de rehabilitación en



Teherán, Irán. Él encontraba una mejora en el hábito de consumir drogas, en la integración social y en algunos parámetros espiritual-religiosos. La investigación fue realizada en un contexto cultural diferente. Aunque la muestra es pequeña (n=14, grupo de control n=15) los resultados son muy interesantes para fomentar la investigación en esta dirección. FINKE (2000) afirmó el beneficio de un programa especial con contenidos de entrenamiento mental y corporal. La investigación con 67 dependientes del alcohol (y un grupo de control) duraba de 8 a 12 semanas y demostró una mejora significativa del concepto de su propio cuerpo, además unas mejoras tendenciales de variables de la personalidad.

En los estudios, relacionados con el nivel de condición física, concluyeron que las personas con algún tipo de drogodependencia presentaban un nivel de condición física precario, deficitario o malo (PIMENTEL 1997; SEIDEL & WICK 1997; VALVERDE 1994). SEIDEL & WICK (1997) compararon la condición física (resistencia, fuerza y equilibrio) de 46 sujetos dependientes del alcohol al inicio de una terapia residencial (21 personas con terapia deportiva y 25 personas sin terapia deportiva) con la población 'normal', confirmando una condición corporal inferior. Especialmente la capacidad de resistencia era muy baja. Se mostró en el grupo deportivo una mejora del estado físico y más personas abstemias que en el grupo sin actividad deportiva. GUIÑALES (1991), VALVERDE (1994) y PIMENTEL (1997) manifiestan un aumento de la condición física a través de un programa físico-deportivo. PIMENTEL (1997) confirma un desarrollo motor inferior de los drogodependientes. Él promueve la utilización de métodos de psicomotricidad. Desde el punto de vista de esta disciplina hay una correlación entre el desarrollo motor y psiqui-

co. Presentando lo contrario, una investigación extensa y profunda realizada por Pimentel y otros en Galicia en 1998 (PIMENTEL et al. 2000) demostró que la condición física al inicio de la terapia residencial no era tan mala ni inferior comparada con la gente normal. Ellos afirman la necesidad de reflexionar sobre los objetivos del ejercicio físico y el deporte en las Comunidades Terapéuticas. La condición física depende de cuál sea la fase de rehabilitación en la que se encuentren.

Otra gran investigación (n=282) realizada por la organización Àmbits Esport en Barcelona trata sobre la reintegración social y laboral a través de la práctica deportiva. La investigación demuestra resultados muy buenos en relación a la abstinencia, la inserción laboral, la mejora del estado anímico general y la promoción de salud (ABELLANAS et al. 1998). El trabajo cooperativo del Àmbits Esport con organizaciones deportivas de la comunidad es muy beneficioso, fomenta la reinserción y la continuación de la práctica deportiva después de la salida de la Comunidad Terapéutica. Existen experiencias parecidas en el centro de reintegración de Caritas RheinBerg en Alemania (TURK & DEIMEL 2002).

SCHEID & SIMEN (1997) y KOCH (1997) han realizado encuestas (n=101 y n=183) a personas abstemias después de la terapia, preguntándoles por su opinión sobre el beneficio del deporte. Mostrando una gran aceptación hacia la actividad deportiva, las personas la valoraban en tercer lugar de las medidas terapéuticas, después de la psicoterapia individual y psicoterapia del grupo. Para los participantes, los contenidos más importantes eran la relajación, conocimientos sobre la salud, natación, juegos deportivos, entrenamiento aeróbico y trabajo con el cuerpo.



Aunque existen estudios empíricos que muestran el beneficio de la actividad físico-deportiva como medida terapéutica en la rehabilitación de drogodependientes, en realidad no se practica de forma adecuada.

4. LA SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA EN LA PRÁCTICA

A continuación, me refiero a los datos recogidos de 40 de las 101 Comunidades Terapéuticas oficiales de España especializadas en drogodependencia (EMCDDA 2002). En el verano 2002 realicé una encuesta postal. El cuestionario incluía 40 preguntas sobre: (a) datos personales e institucionales, (b) cantidad de actividades físico-deportivas ofrecidas, sus contenidos y sus objetivos, (c) las condiciones y posibilidades, (d) el grado de importancia que se concede a las actividades y (e) la formación del monitor: Se pregunta por los datos y la opinión con preguntas fijas y abiertas, para recibir informaciones cuantitativas y cualitativas. Se contó con una participación de 19 instituciones. Para aumentar el valor de la investigación y analizar si las 19 Comunidades Terapéuticas eran representativas, se realizó adicionalmente una encuesta telefónica a 21 participantes. El cuestionario es más completo que la encuesta telefónica. Ambas muestran los mismos resultados.

En 68% de las Comunidades Terapéuticas existe una falta de ofertas de actividades físico-deportivas. Se dedica pocas horas a este tipo de actividades. En el 53% no tienen una estructura en los programas, no definen objetivos ni contenidos terapéuticos. El cuestionario muestra que en la mitad (53%) de las Comunidades Terapéuticas las actividades físico-deportivas están dirigidas por educadores, terapeutas o voluntarios aficionados al deporte sin formación físico-deportiva. En

el porcentaje restante (47%) están trabajando un educador físico o un técnico superior; entre ellos sólo un licenciado del área físico-deportiva. En la mitad de las Comunidades Terapéuticas se ocupan del ámbito físico-deportivo ninguna persona o muchas (más de tres). Significa que sólo la mitad de las Comunidades Terapéuticas tiene una o dos personas directamente responsables de este trabajo.

Casi 80% de los monitores declaran que se han encontrado con problemas y dificultades. Entre los problemas que se presentan (pregunta abierta): falta de campos de juego, salas, materiales y dotación económica (30%), falta de profesionales (30%), así como también problemas debidos a características del deporte (competitividad, agresividad, peligro de lesiones) en 24%, problemas físicos (30%) y falta de motivación (35%) del drogodependiente.

Una gran parte utiliza la actividad físico-deportiva para ocupar el tiempo libre y de ocio, sin logros terapéuticos. Otros encuestados sostienen que la aplicación de las actividades sirve para fomentar hábitos saludables y conductas sociales, otros para mejorar la forma física y la recreación. Pocos monitores utilizan el ejercicio físico y el deporte como medida terapéutica con objetivos físicos y psicosociales e integran métodos especiales (como por ejemplo la psicomotricidad, psicoterapia mediante el movimiento, la sensomotricidad y ejercicios de percepción). Los contenidos más comunes son juegos deportivos, gimnasia y deportes aeróbicos (footing y -donde existen instalaciones- natación). En muchas instituciones se realizan ejercicios de relajación. Algunas ofrecen adicionalmente actividades en la naturaleza y deportes de aventura. A todos estos contenidos que se realizan, les conceden mucha importancia.



En primer lugar de la lista de objetivos (por orden de la importancia) se presentan objetivos sociales, como *interacción en grupo, promover la utilización de la actividad físico-deportiva en tiempo libre y de ocio, mejorar la comunicación y relaciones sociales y promover valores y hábitos sociales* (solidaridad, cooperación, respeto). Otros objetivos importantes son *mejorar el autocuidado y el autocontrol, fomentar el bienestar y el equilibrio psíquico, mejorar la forma física y el rendimiento corporal, mejorar los conocimientos del propio cuerpo y de la salud y fomentar la activación y dinamización del drogodependiente. Mejorar la percepción, fomentar la concentración y cognición y mejorar las aptitudes y técnicas deportivas* se presentan al final de la lista de objetivos.

La mayoría de las instituciones no tienen objetivos claros, ni valoran las actividades como medidas terapéutica; cuando existe una definición de los mismos por parte de la institución, éstos son muy generales. Se reduce la actividad físico-deportiva a una mera ocupación del ocio y del tiempo libre y/o a la mejora de la condición física y la promoción de hábitos saludables.

Considerando la *cantidad* y los *contenidos* y *objetivos* de las actividades físico-deportivas, se pueden dividir las Comunidades Terapéuticas en cuatro grupos (Ver tabla 1). En las instituciones del grupo A (42,1%) se dedican menos horas que el promedio (3-4 horas, dependiendo del carácter de la actividad) a la actividad físico-deportiva y los contenidos y objetivos son poco específicos y se encuentran escasamente estructurados. Las posibilidades y la formación específica del monitor son deficitarias. El grupo B (10,5%) contiene las Comunidades Terapéuticas con una mayor cantidad de actividades, aunque sus contenidos, sus objetivos y la formación

Tabla 1: Grupos

| | Grupo A | Grupo B | Grupo C | Grupo D |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Cantidad de actividades (respecto al promedio) | - | + | - | + |
| Contenidos especiales y objetivos diferenciados | - | - | + | + |

del monitor están poco especificados y son insuficientes. Sorprendentemente, el grado de importancia que le concede la institución es muy positivo (Ver tabla 2). Las actividades realizadas en el grupo C (26,3%) son escasas, pero de más calidad. Diferencian contenidos y objetivos especiales y el 60% de estas instituciones cuentan con un monitor con formación físico-deportiva. Valoran las posibilidades y horas dedicadas como insuficientes. Sólo los monitores del grupo D (21%) valoran la *cantidad de actividades* y sus *posibilidades* como 'bien'. Es allí donde encontramos la mayor cantidad de actividades físico-deportivas, específicas y realizadas por profesionales del área. Además tienen el apoyo de la institución, que le concede un grado de importancia adecuada (Ver tabla 2).

En las instalaciones donde hay una cantidad de actividades mayor del promedio (grupo B y D), la institución y el monitor conceden un mayor grado de importancia a los programas físico-deportivos. Además en la tabla 2 podemos ver que existe una correlación entre la valoración de la *situación en general* y el porcentaje de los monitores con formación físico-deportiva. Los profesionales tienen un mayor conocimiento de los beneficios del ejercicio físico y del deporte. Por lo tanto conceden más importancia al mismo que los monitores sin formación en este área (Ver tabla 2). No sólo la cantidad de horas y las posibilidades, también la formación del monitor depende del grado de la



Tabla 2: Resultados por grupos (La escala es de 1 (insuficiente/ ninguna) a 4 (óptima/ mucha), el promedio es 2,5; Ø = promedio; n = número)

| | Grupo A | Grupo B | Grupo C | Grupo D |
|--|--------------|--------------|----------------|---------------|
| Número de instituciones en el cuestionario (encuesta telefónica) | n=8 (n=8) | n=2 (n=3) | n=5 (n=6) | n=4 (n=4) |
| Valoración de la cantidad de actividades | 1,83 | 2,0 | 1,6 | 3,25 |
| Valoración de la posibilidades (Ø 2,04) | 1,58 | 2,0 | 1,78 | 3,17 |
| - salas y campos a su disposición (Ø 2,22) | 1,88 | 2,0 | 1,75 | 3,5 |
| - aparatos y materiales a su disposición (Ø 2,0) | 1,57 | 1,5 | 1,9 | 3,25 |
| - disposición económica (Ø 1,89) | 1,29 | 2,5 | 1,7 | 2,75 |
| ¿Qué grado de importancia le concede la institución? (Ø 2,47) | 1,63 | 3,5 | 2,4 | 3,75 |
| Valoración de la situación en general (Ø 2,69) | 2,43 | 2,0 | 3,0 | 3,125 |
| Monitores con formación físico- deportiva. (encuesta telefónica) | 25% (0%) | 0% (0%) | 60% (16,7%) | 100% (25%) |

importancia que da la institución a la actividad físico- deportiva como medida terapéutica. Con una formación profesional del monitor se aumentará la calidad de los programas (grupo C y D).

5. DISCUSIÓN

Muchos autores (ROMÁN 1995; TSCHÖPE 1982; DEIMEL 1995) afirman la necesidad de integrar la actividad físico- deportiva, así como también sus monitores en el concepto de la institución. En las Comunidades Terapéuticas donde está presente un trabajo en equipo interprofesional y una integración de las actividades deportivas en el concepto, se obtienen buenos resultados. Eso se muestra en estudios expuestos anteriormente, en las experiencias de muchos auto-

res y en los resultados de la encuesta. Infelizmente la integración del profesional del área físico- deportivo es escasa y deficitaria tanto en Alemania como en España. En Alemania se produjo en los últimos años un aumento de profesionales del área físico- deportiva trabajando en las Comunidades Terapéuticas, pero la integración es muy deficitaria (TSCHÖPE 1982; ENGEL 1992; BODENHEIM 1996). Sólo en algunos casos se trabaja en un equipo interprofesional. En la encuesta presentada hemos visto la situación en España. En la mitad de las Comunidades Terapéuticas las actividades están dirigidas por personas sin formación físico- deportiva. Por un lado, esta situación tiene un beneficio, porque – al contrario de la situación alemana - estas personas están trabajando también en los otros ámbitos terapéu-



ticos. Así participan en las sesiones del grupo y en la supervisión, tienen buenas informaciones del paciente y están integrados en el concepto de la Comunidad Terapéutica. Por otro lado, muchas veces faltan métodos y técnicas para dirigir un programa con alta motivación, para utilizar el potencial terapéutico de la actividad físico-deportiva, y evitar lesiones y otros problemas. Si no existen las condiciones adecuadas, pueden aparecer problemas y el deporte puede causar efectos contraproducentes (como por ejemplo la frustración o la agresión). Por todo esto podemos señalar la necesidad de tener monitores bien formados.

Así como existe una falta de profesionales de la actividad físico-deportiva, las posibilidades para realizarla son limitadas. Muchas Comunidades Terapéuticas españolas utilizan instalaciones externas a la propia Comunidad, esto sería beneficioso si la intención es conseguir la reintegración social. Respecto a las informaciones de la encuesta, hay que anotar que existen muy pocas cooperaciones con otras organizaciones e instituciones. 84,2% tienen ninguna o poca cooperación en el ámbito físico-deportivo. Por lo tanto, parece que la utilización de instalaciones de la Comunidad se refiere no tanto a la intención de inserción, sino a la falta de instalaciones de las Comunidades Terapéuticas. La cooperación y utilización de instalaciones de la Comunidad del modo en que lo realiza la organización Àmbits Esport, presenta grandes posibilidades para la inserción del sujeto drogodependiente en la sociedad. La actividad físico-deportiva, que no se refiere solamente al campo de tiempo libre y ocio, sino que tiene objetivos psicosociales, necesitaría un espacio tranquilo y protegido (KLEIN 1987). La aplicación depende de las posibilidades y de la intención.

El autoconcepto y el concepto del propio cuerpo de los drogodependientes son muchas veces escasos y fuera de la realidad. Por lo tanto la bibliografía atribuye mucha importancia a una mejora de percepción a través del ejercicio físico y del deporte, pero en la práctica no lo realiza. La actividad físico-deportiva tiene muchas posibilidades de mejorar la percepción corporal y el concepto del propio cuerpo del sujeto drogodependiente, con simples, pero importantes intenciones. Por ejemplo podemos utilizar el pulso de mano para manejar la atención al cuerpo y a la percepción del sistema *bio-feed-back*. "¿Qué diferencia hay antes y después de un juego de fútbol y como puedes utilizar eso para un entrenamiento?" Podemos preguntar en una sesión de estiramientos: "¿Dónde sientes el estiramiento?", "¿Qué pasa en el músculo cuando hacemos estiramientos?". Así daremos atención al propio cuerpo, que en el tiempo de la droga lo han utilizado más como objeto para la inyección. La falta de control corporal se muestra en movimientos descontrolados y sobrantes (hipercinéticos). Hablando sobre los objetivos, la actividad físico-deportiva se adapta a las diferentes fases. Cuando el sujeto drogodependiente ha superado la fase de la desintoxicación, el establecimiento físico está principalmente indicado, la actividad física-deportiva se dedica en la fase de deshabitación a la mejora de recursos personales. Eso incluye factores físicos y psíquicos. El déficit corporal se presenta principalmente en la resistencia y en la coordinación. Muchas veces no hace falta la fuerza física, ya que se han fortalecido (a menudo en forma excesiva e incontrolada, utilizando pesos inadecuados) para defenderse en tiempos anteriores. Como han mostrados los estudios expuestos anteriormente, los objetivos psíquicos pueden ser: mejorar la autoestima y



el autoconcepto, fomentar la concentración, el autocontrol, la activación y la relajación, así como también disminuir síndromes depresivos y el estado de ansiedad. En el seguimiento de la rehabilitación por la Comunidad Terapéutica y en la fase de la reintegración, la actividad físico-deportiva utiliza su carácter interpersonal para alcanzar objetivos sociales, como mejorar la comunicación y las relaciones sociales y promover valores y hábitos sociales. Como objetivo a largo plazo, no se debe olvidar la mejora de las aptitudes y técnicas deportivas, que también fomenta la utilización de la actividad físico-deportiva en el ocio y el tiempo libre después la terapia residencial.

En una gran parte de la Comunidades Terapéuticas (68%) se presentan muy pocas horas dedicadas al área físico-deportivo. Las escasas ofertas y posibilidades no están solamente limitadas por la situación económica que se presenta en el ámbito de la salud, sino también por la poca importancia que le concede la institución a la actividad físico-deportiva. Muchas veces la institución no aclara objetivos ni valora los programas como medida terapéutica. Cuando existe una definición de los objetivos estos se refieren al ocio y tiempo libre o a la intención de mejorar la condición física y promover hábitos saludables. Sólo algunas Comunidades Terapéuticas presentan una situación donde la actividad físico-deportiva tiene un papel terapéutico y ha encontrado un lugar entre las otras medidas. Es allí donde encontramos un programa físico-deportivo estructurado y regular. Además se realizan actividades adicionales y eventos especiales, como deportes en la naturaleza o competiciones con otras organizaciones.

Finalmente se debe mencionar que muchos encuestados expresaban su interés en una terapia a través del ejercicio físico y muchas personas muestran sus esfuerzos en este área. Por lo tanto se debe reflejar también las ofertas de capacitación y la accesibilidad a las informaciones sobre métodos, programas y beneficios.

6. CONCLUSIÓN

La bibliografía no es tan escasa y existen estudios que demuestran el beneficio del ejercicio físico y deporte. Aunque la situación actual es deficitaria, se puede esperar que la importancia teórica sea puesta progresivamente en práctica considerando los esfuerzos mostrados por los informantes del cuestionario y los investigadores. Considerando el punto clave, existe una escasa integración de las actividades físico-deportivas en el plan terapéutico y del monitor en el equipo terapéutico. Se presenta una falta de profesionales de la actividad físico-deportiva utilizándola como medida terapéutica. La formación en el área físico-deportiva del monitor es insuficiente. Al mismo tiempo, casi el 80% de los monitores declaran dificultades y problemas en el programa físico-deportivo. En este contexto CASTILLO (1996, 3) escribió: *"En la práctica, la eficacia del educador físico en su labor de ayuda al drogodependiente depende fundamentalmente de:*

- *Su competencia técnica.*
- *La posibilidad de integrar sus esfuerzos en un plan coordinado de intervención.*
- *Su repertorio de habilidades para la relación de ayuda".*

Adicionalmente, su eficacia depende de sus posibilidades y las condiciones que en mu-



chos casos pueden limitar el beneficio de los programas físico- deportivos.

Concluyendo, considero los siguientes puntos como los más importantes y claves para aumentar la calidad de intervención a través del ejercicio físico y deporte:

- La aprobación del valor terapéutico de los programas físico-deportivos desde la institución y equipo terapéutico es fundamental para crear las estructuras y posibilidades necesarias.
- La integración de los programas y del monitor en el concepto de la institución es sustancial y realizable.
- La formación del monitor debe ser adecuada. Hay que mejorar las posibilidades de la formación y la accesibilidad a las informaciones.
- La distribución de conocimientos y programas evaluados.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLANAS, L.; GONELL, E.; RIERA, J.; SAFONT, F.; ALGUERÓ, S. (1998). Análisis del efecto de la aplicación de un programa de ejercicio físico en una muestra de sujetos drogodependientes (no publicitado). Barcelona: Àmbits Esport.
- ALGUERÓ I GONZÁLEZ, S. (1996). Deporte y Drogadicción. EN: INSTITUTO ANDALUZ DE DEPORTE.
- ÀMBITS-ESPORT (2001). Memòria 2000. Programa esportiu de reinserció social per a drogodependents. Barcelona: Àmbits Esport.
- ANTONOVSKY (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Deutsche Herausgabe von Franke, A.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- BODENHEIM, G (1996). Die Bedeutung von Sport- und Bewegungsangeboten in der Langzeittherapie Drogenabhängiger in Deutschland: eine Befragung von Sportleitern und Klinikleitern. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.
- BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. (1993). Physical activity, fitness, and health. Consensus statement. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- CASTILLO MANZANO, A. (1996). Análisis de la actividad físico-deportiva del Plan Andaluz y Plan Nacional sobre Drogas. EN: INSTITUTO ANDALUZ DE DEPORTE.
- DEIMEL, H. (1995). Movement therapy as a means to improve self-concept, well-being and coordination of alcohol addicts – Results of a four month programme. EN: MORISBAK, I.; JØRGENSEN (Ed.), 10th International Symposium on Adapted Physical Activity. Omslag: BB Grafisk, 391-397.
- DEIMEL, H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen einer integrativ ausgerichteten Bewegungstherapie im Suchtbereich. Rehabilitation Suchtkranker - mehr als Psychotherapie! / Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Geesthacht: Neuland, S.148-155.
- DGPNSD (Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas) (2001).— Reitox national report 2001. Madrid: Ministerio del interior.
- DIRK, J. (1983). Bewegungstherapie mit Suchtkranken. In—Krankengymnastik 35, 81-85.



DUBERNY, H.-J. (1992). Grundlegung und Durchführung einer psychoanalytisch fundierten Spiel-/ Körpertherapie in der Langzeittherapie männlicher Alkoholkranker – unter besonderer Berücksichtigung des subjektiven Erlebens der Patienten während der Behandlung. Dissertation. Universität Karlsruhe.

EMCDDA (2002). Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway – Final Report. Lisbon: Eigenverlag EMCDDA, <http://www.emcdda.eu.int> (02.12.2002).

ENGEL, M. (1992). Die Anwendung von Sport und Bewegung in der Drogentherapie: eine Befragung von Sportleitern an unterschiedlichen klinischen Einrichtungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.

FINKE, B. (2000). Mentales Training als integrierter Bestandteil der Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen Frauen und Männern. Dissertation. Potsdam: Universität Potsdam.

GONZÁLEZ PÉREZ, J. L. (1996). El educador físico como miembro del equipo terapéutico. Habilidades para la relación de ayuda. EN: INSTITUTO ANDALUZ DE DEPORTE.

GUERRERO MORENO, R.A. (1996). Aportaciones de la actividad físico-deportiva para el logro de los objetivos terapéuticos. EN: INSTITUTO ANDALUZ DE DEPORTE.

GUIÑALES RUIZ, L. (1991). 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). Madrid, S. 64-72.

HÖLTER, G. (2001). Salutogenese als Rahmentheorie für eine empirische Evaluation

bewegungstherapeutischer Interventionen in der Klinik. EN: NITSCH, J.R.; ALLMER, H. (Ed.), Denken, Sprechen, Bewegen. Köln: bps-Verlag, 341-346.

HOLLMANN, W.; KURZ, D.; MESTER, J. (Eds.) (2001). Current Results on Health and Physical Activity / The Club of Cologne. Schorndorf: Hofmann; New York: Schattauer.

INSTITUTO ANDALUZ DE DEPORTE (1996). Utilización del ejercicio físico como terapia en drogodependientes - XI Jornadas sobre Actividad Física Adaptada. Málaga: Instituto Andaluz del Deporte, Junta de Andalucía.

KLEIN, T. (1987). Sporttherapie und Körperarbeit in der stationären Suchtkrankentherapie. Sporttherapie in Theorie und Praxis 3 (6), 3-6.

KNOBLOCH, J. (2001). Psychologische Aspekte der Anwendung von Bewegung und Sport in der Rehabilitation. EN: GABLER, H.; NITSCH, J. R.; SINGER, R. (Ed.). Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder. Schorndorf: Hofmann, S.13-28.

KOCH, K. (1997). Bewertung der Sporttherapie. EN: WEISS, M.; LIESEN, H. (Ed.).

LaPERRIERE, A.; IRONSON, G.; ANTONI, M.; SCHNEIDERMAN, N.; KLIMAS, N.; FLETCHER, M.A. (1994). Exercise and psychoneuroimmunology. Medicine and Science in Sports and Exercise, 26 (2), S.182-190.

LEY, C. (2003). Der Stellenwert von Bewegung, Spiel und Sport in der stationären Drogentherapie Spaniens – eine vergleichende Studie der Situation und Möglichkeiten in Spanien und Deutschland. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.

PIMENTEL GONZÁLEZ, M. (1997). Condición física en sujetos drogodependientes. Revista de educación física (65). A Coruna, S. 25-29.



PIMENTEL, M.; GIRÁLDEZ, M.; LALÍN, C.; PEDRALES, M.D.; CAMPAZAS, D.; MARTÍNEZ, M.P.; PÉREZ, A.; GONZÁLEZ, F.J.; SAAVEDRA, M.A. (2000). Estudios de la condición física de sujetos drogodependientes ingresados en las comunidades terapéuticas de Galicia. EN: FUENTES, J.P.; MACÍAS, M. (Ed.). I Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte, Libro de Actas Vol. I. Cáceres: Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Extremadura.

RAHMANI, M. (2001). Sporttherapie bei Drogenabhängigen. Köln: Sport und Buch Strauss.

RIEDER, H.; HUBER, G.; WERLE, J. (Ed.) (1996). Sport mit Sondergruppen: Ein Handbuch. Schorndorf: Verlag Hofmann.

ROMÁN FERNÁNDEZ, R. (1995). La actividad física y el deporte ante el fenómeno de las drogodependencias y la marginación. EN: UNISPORT, El deporte hacia el siglo XXI. Málaga: Unisport, Junta de Andalucía.

SCHEID, V.; SIMEN, J. (1997). Zur Bedeutung des Sports in Therapie und Nachsorge aus der Sicht abhängigkeitserkrankter Menschen. EN: WEISS, M.; LIESEN, H. (Ed.).

SCHLICHT, W. (1995). Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf: Hofmann.

SEIDEL, J. & WICK, R. (1997). Motorische Fähigkeiten bei Alkoholkranken. EN: WEISS, M.; LIESEN, H. (Ed.).

SERRA GRIMA, J. R. (1996) (Ed.). Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Editorial Paidotribo.

SØRENSEN, M. (1994). Therapeutic Movement and Sport. EN: NITSCH, R.N.; SEILER, R. (Ed.), Gesundheitssport – Bewegungstherapie: Health Sport – Movement Therapy. Band 4. Sankt Augustin: Academia-Verl., 201-220.

STIENSMEIER-PELSTER, J.; MEYZA, P.; LENZEN, H.-G. (1989). Alkoholismus und Handlungskontrolle: Der Einfluss eines Lauftrainings auf den Therapieverlauf bei handlungs- und lageorientierten Alkoholabhängigen. Suchtgefahren 35, 356-367.

TSCHÖPE, B. (1982). Sport mit jugendlichen Rauschmittelkonsumenten- einführende theoretische und praktische Grundlagen. EN: Suchtgefahren 1/82. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Hamburg, S.103-113.

TURK, K.; DEIMEL, H. (2002). Vernetzung in der Suchtkrankenhilfe. Gesundheitssport und Sporttherapie 18 (1), 20- 23.

VALVERDE ROMERA, J.M.; SÁNCHEZ MOLINA, J.A. (1994). Valoración de un programa de actividad físico sobre drogodependientes en fase de rehabilitación. Actas del Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y Deporte. Granada.

Van der SCHOOT, P.; SEECK, U. (1990). Bewegung, Spiel und Sport mit Behinderten und von Behinderung Bedrohten. Methodenmanual und Indikationskatalog. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

WEBER, A. (1984). Laufen als Behandlungsmethode – eine experimentelle Untersuchung an Alkoholabhängigen in der Klinik. Suchtgefahren 30, 160-167.

WEISS, M.; LIESEN, H. (Ed.) (1997). Rehabilitation durch Sport- I. Internationaler Kongreß des Deutschen Behinderten-Sportverbandes 1995. Marburg: Kilian.

WELBRINK, A.; FRANKE, A. (2000). Zwischen Genuss und Sucht- das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In WYDLER, H.; KOLIP, P.; ABEL, T. (Ed.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim, München: Juventa, 43-55.