

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES
DEPORTIVO-RECREATIVAS SOBRE EL ESTADO DE
ÁNIMO, LA AUTOESTIMA Y LA CONDICIÓN AERÓBICA
EN PERSONAS FÁRMACO-DEPENDIENTES NO ACTIVAS
EN PROCESO DE RECUPERACIÓN**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación para
optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud.

Cristian Vindas Arce, 1980

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2004

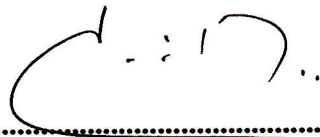


**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEPORTIVO-RECREATIVAS SOBRE
EL ESTADO DE ÁNIMO, LA AUTOESTIMA Y LA CONDICIÓN AERÓBICA EN
PERSONAS FÁRMACO-DEPENDIENTES NO ACTIVAS
EN PROCESO DE RECUPERACIÓN**

CRISTIAN VINDAS ARCE

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

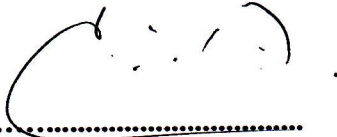
Miembros del Tribunal Examinador



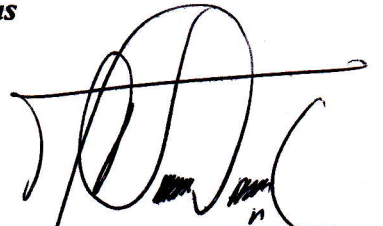
.....
M.Ed. Jorge Rodríguez Aguilar
Presidente del Tribunal



.....
M.Sc. Gerardo A. Araya Vargas
Tutor



.....
M.Ed. Jorge Rodríguez Aguilar
Lector



.....
M.Sc. Carlos Flores Sosa
Lector

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Resumen

El propósito de este estudio fue determinar los efectos de un programa de actividades deportivo-recreativas, sobre la autoestima y la condición aeróbica en personas fármaco-dependientes no activas en proceso de recuperación. Participaron 13 sujetos varones fármaco dependientes con un mes de abstinencia, que habían sido consumidores de sustancias ilícitas y lícitas; los integrantes oscilaban entre los 18 y 40 años de edad. El trabajo fue realizado dentro de una comunidad terapéutica. Se les aplicó la escala de autoestima de Rosenberg (1965), el test de Cooper (12 minutos de carrera) y la escala de estado anímico de POMS de McNair, Lorr y Droppleman (1971). A todos se les aplicó sesiones de actividad física, deportiva y recreativa sin perder el carácter progresivo, estas sesiones se hicieron dos veces por semana los días miércoles y sábados de la 1:00 pm hasta las 2:30 pm en el polideportivo de San Pablo de Heredia. Se desarrollaron en total 16 sesiones en 8 semanas. Los resultados mostraron que no se encontró diferencias entre pretest y posttest de la prueba de resistencia aeróbica de Cooper ni de los puntajes de autoestima de Rosenberg, lo que indica que no hubo efecto significativo del tratamiento aplicado en esas variables. El estado anímico fue medido antes y después de tres sesiones (inicial, intermedia y final) y se encontró que en las tres sesiones, existió efecto agudo significativo del tratamiento sobre la ansiedad pues en cada una, el promedio de ansiedad se redujo significativamente al final. También, se encontró un efecto crónico positivo del tratamiento sobre la ansiedad al final del tratamiento. Así mismo, se encontró efecto agudo significativo sobre la variable depresión, pero este efecto fue estable a lo largo del tratamiento. En ira, se vio un efecto agudo positivo del tratamiento. También, existió efecto agudo significativo sobre la variable fatiga y lo mismo se encontró para las variables confusión y vigor. En conclusión, se demostró que el programa de actividades deportivo-recreativas no ayudó a mejorar de forma significativa la condición aeróbica ni la autoestima de las personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación que lo recibieron. Es probable que se requiera de un programa más extenso, para impactar en autoestima y que el tipo de actividades sean más aeróbicas. No obstante, el programa sí logró ayudar a mejorar de forma aguda los estados anímicos y de una forma crónica en el componente de ansiedad en esas personas. Es recomendable profundizar esta línea de investigación y aplicar diseños experimentales puros, en la medida de lo posible, dado que esa fue una de las limitaciones que contó esta investigación, debido principalmente a situaciones especiales que se presentan con las comunidades terapéuticas en cuanto a su funcionamiento normal y a las características de esta población, que tiene libertad para abandonar el centro en cualquier momento, que hacen difícil la aplicación de tratamientos de larga duración.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir, así como tener la dicha de poder terminar con éxito esta tesis, cosechando un triunfo más.

Agradezco a mis profesores Gerardo Araya, Jorge Rodríguez y a Carlos Flores por el tiempo, apoyo, atención y ayuda; de una forma muy especial al Doctor Rolando Ramírez que más que colaborador se convirtió en un amigo.

Agradezco a los principales autores de que esto se hiciera posible, a mis padres que me han apoyado desde niño para poder estudiar, a mi abuela y en general a mi familia, no olvidando a tantas personas que de una o otra manera me brindaron su ayuda o apoyo, gracias.

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios y su madre María que es el que me ha dado todo, seguido de mis padres que me han enseñado a trabajar, luchar por lo que quiero y aunque he fallado ellos siempre me han demostrado el camino correcto. También a mis hermanos, así como mi abuela y familiares que saben lo que ha costado.

ÍNDICE GENERAL

Miembros del Tribunal Examinador	iii
Resumen	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice general	vii
Índice general de tablas	ix
Índice general de gráficos	x
Descriptores	xi
Capítulo I INTRODUCCIÓN	
Planteamiento del problema	1
Justificación	2
Objetivos	7
Definición de términos	8
Capítulo II; MARCO CONCEPTUAL	
Historia de la droga	10
La persona adicta	13
Antecedentes de drogadicción en Costa Rica	14
Auto concepto y autoestima	19
Autoestima actividad física y deporte	21
Estado de animo y enfermedad adictiva, la comorbilidad	23
Ejercicio y estado de animo	24
Ejercicio y salud	25
Beneficios de la actividad física, deporte y recreación en personas fármaco dependientes en proceso de recuperación	27
Características de la recreación	32

Recreación y actividad física	34
Estudios bibliográficos sobre droga y actividad física	35
Conceptos sobre drogadicción	39
Capítulo III; METODOLOGÍA	
Sujetos	41
Instrumentos y materiales	41
Procedimiento	42
Análisis estadístico	43
Capítulo IV; RESULTADOS	44
Capítulo V; DISCUSIÓN	
Discusión de los resultados	50
Capítulo VI; CONCLUSIONES	
Conclusiones	54
Capítulo VII; RECOMENDACIONES	
Recomendaciones	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	66
Anexo N° 1; Escala de Rosenberg (1965)	67
Anexo N° 2; Escala PROFILE OF MOOD STATES	68
Anexo N° 3; Programa de actividades deportivo recreativas	69

ÍNDICE GENERAL DE TABLAS

Tabla 1. Promedio y desviaciones estándar de las mediciones de la prueba Cooper y test de autoestima de Rosenberg y los resultados de la prueba t-Student de medidas repetidas aplicadas para ambos casos en personas fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación. (n :13)	44
Tabla 2. Promedios y desviaciones estándar de seis estados de ánimo medidos en trece sujetos fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación que recibieron un programa de actividades deportivo recreativas	44
Tabla 3. Resumen de análisis de varianza para el estado anímico en función de las sesiones (inicial, intermedia y final) y mediciones en trece sujetos fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación que recibieron un programa de actividades deportivo recreativas	45

ÍNDICE GENERAL DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Interacción de mediciones y sesiones, para la variable ansiedad, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :4,358; p<0,05)	45
Gráfico 2. Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable depresión, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :29,244; p<0,01)	46
Gráfico 3. Comparación entre sesiones (efecto crónico) para la variable ira, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :3,665; p<0,05)	47
Gráfico 4. Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable ira, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :6,639; p<0,05)	47
Gráfico 5. Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable fatiga, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :9,595; p<0,01)	48
Gráfico 6. Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable confusión, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :14,680; p<0,01)	48
Gráfico 7. Efecto de mediciones (efecto agudo) para la variable vigor, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F :23,4; p<0,01)	49

DESCRIPTORES

Ejercicio, deporte, recreación, salud, fármaco dependencia, estado anímico, autoestima, hombres, resistencia aeróbica.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema

Muchas personas miran el abuso de drogas (la drogadicción) estrictamente como un problema social. Padres, adolescentes, adultos mayores y otros miembros de la comunidad tienden a describir a la gente que usa drogas como personas moralmente débil o que tienen tendencias criminales. Creen que las personas que abusan de las drogas o son drogadictos deben ser capaces de dejar de usarlas, por el simple hecho de estar dispuestos a modificar su comportamiento.

Estos mitos no solo han creado estereotipos de las personas que tienen problemas relacionados con las drogas, sino también de sus familias, sus comunidades y de los profesionales de salud que trabajan con ellos. El abuso de drogas (la drogadicción) es un problema de salud pública que afecta a muchas personas y tiene amplias repercusiones sociales. La drogadicción comienza con el abuso de drogas, cuando un individuo decide conscientemente usarlas. Pero la adicción no es solamente "mucho uso de drogas." Estudios científicos recientes (Galanter, 1999) proveen pruebas abrumadoras de que las drogas no solo interfieren con el funcionamiento normal del cerebro al crear fuertes sentimientos de placer, sino que, también tienen efectos duraderos sobre el metabolismo y la actividad del cerebro. En algún momento, ocurren cambios en el cerebro que pueden convertir al abuso de drogas en adicción, una enfermedad crónica y recurrente. Los drogadictos sufren de ansias y usos compulsivos de la droga, y no pueden dejar de usarla por sí mismos. Necesitan un tratamiento para poder terminar con este comportamiento compulsivo.

La actividad física en general produce una sensación de alivio del estrés producto de la liberación de neurotransmisores como las endorfinas, las cuales mejoran el estado de ánimo, produciendo un sentimiento de bienestar. A la vez, en la práctica de actividad física regular, se da una mejora en la condición cardiovascular del individuo, incrementándose su capacidad funcional y se produce un aprendizaje de rutinas y esfuerzo continuo, los que representan las principales herramientas en la recuperación de la adicción (Carnes, 2001). Pese a los beneficios potenciales de los programas de ejercicio y actividad física regular, en personas con problemas de adicción a la droga, son pocas las instituciones que cuentan con actividades sistemáticas de este tipo, especialmente en Costa Rica, donde al momento del estudio, no se tenían datos de programas estables de ejercicio, dirigidos por profesionales. Además, es necesario profundizar esta línea de investigación, por tanto, se plantea como temática de estudio el responder al siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es el efecto de un programa de actividades deportivo-recreativas sobre el estado de ánimo, la autoestima y la condición aeróbica en personas fármaco-dependientes no activas en proceso de recuperación?

Justificación

El fumado, el alcohol y las drogas constituyen factores de riesgo para la salud física y mental de las personas, sin distinciones de edad, clase social, raza o religión. Los daños a corto, mediano o largo plazo, se ven engrandecidos por el ambiente, la sociedad, niveles de estrés, y otros. Alterando la forma de pensar, sentir y actuar de las personas, afectando su capacidad para pensar, sentir y actuar con responsabilidad. A pesar de que el tabaco y el alcohol son drogas permitidas legalmente, pueden llevar a las personas a las mismas situaciones que producen las drogas ilegales. Para García (1986) existe una crisis de valores que está atravesando la población occidental, incluyendo especialmente a la juventud y que supone una pérdida de pilares tan importantes como la familia o las creencias religiosas. Esa crisis se refleja en el aumento en el consumo de drogas lícitas e ilícitas desde la infancia.

Mowbrai, citado por Valverde (1994), destaca cómo los jóvenes piden límites y puntos de referencia para contrarrestar estos males, ya que ellos no son capaces de ponerlos por sí mismos, todo como resultado del bombardeo publicitario que se hace.

Muchos países entre ellos Costa Rica, han optado por establecer normas en Salud Pública, por ejemplo: “No a las drogas”, “Día del no fumado”, “El abuso del licor es nocivo para la salud”, “Programa DARE” (programa de prevención de abuso de drogas) y otros. Se ha tratado de legislar, pero las campañas no han dado los resultados esperados. No cabe duda de que hoy en día, el tema de la drogadicción se ha convertido en uno de los motivos de mayor preocupación de la sociedad, pero por otro lado, hay que considerar, que cada día se hace más por intentar solucionar y apalea este terrible mal.

En lo que se refiere más profundamente al tema de las drogas, estas se definen como toda sustancia química que tiene actitud biológica selectiva sobre las estructuras celulares para curar enfermedades, esta definición se utiliza bajo la prescripción médica y como droga ilícita, esta es definida como una sustancia química que altera el estado de ánimo, (...) conocimiento y de la que se abusa con un evidente prejuicio para la sociedad (Castillo, 1978).

Otra definición importante es el significado de fármaco-dependencia; este es un estado psíquico y a veces físico causado por la reacción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprende siempre un impulso insoportable de tomar el fármaco en forma continua o periódica, para experimentar los efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producto de la privación. La dependencia puede estar acompañada de tolerancia. Una persona puede ser dependiente de uno o de más fármacos (OMS, 1994) (citado por Arias, 2001).

Esta dependencia puede ser de dos tipos: dependencia física y psíquica. En la dependencia física si hay privación, el organismo presentará reacciones características conocidas como “síndrome de abstinencia”. Este se deriva del proceso de adaptación del organismo a la droga independientemente de la voluntad del individuo. La otra dependencia

como ya fue mencionada es la psíquica: la cual se trata de situaciones en que existe un impulso que exige que se administre droga para producir placer o evitar el malestar. Está dependencia indica alteraciones psíquicas que favorecen la adquisición o mantenimiento del hábito (Castillo, 1978).

En cuanto a la historia de las drogas nadie sabe quién fue su inventor (Salazar, 2000) (citado por Universidad Nacional, Universidad Utrecht, 2000). Se ha comprobado que prácticamente todas las sociedades americanas precolombinas americanas, las culturas antiguas en Europa, Asia u otras partes del mundo, disponían de sustancias semejantes a la cocaína y opio, que se usaban asociándose con ritos religiosos, donde se contactaba a demonios, o se hacía brujería con fines diversos, como los terapéuticos; además, esto generó un próspero negocio (Bejarano, 1994), que incluso ha ocasionado conflictos armados, como la guerra del opio entre el Imperio Británico y China; esta extensión y masificación de las drogas, ha hecho imposible alejar la droga del ser humano.

Las drogas se dividen en legales e ilegales; estas se denominan así dependiendo del país; en el caso de Costa Rica, las drogas legales son: el alcohol y el cigarro; mientras tanto las ilegales o ilícitas son: estimulantes, marihuana, cocaína, heroína, codeína, ácidos alucinógenos entre otras. Esta gran variedad hace que la droga esté tan difundida en el mercado, legal e ilegal, lo que da fuerza a lo postulado por la frase: “Es más fácil alejar al hombre de las drogas que a las drogas del hombre”.

El psiquiatra Español F. Alfonso Fernández (1995) (citado por Calvo y Ruiz, 2001) da la siguiente clasificación:

- a) Drogas institucionales o legales, las cuales ostentan casi una total libertad para su producción , tráfico y consumo (por ejemplo: nicotina y café)
- b) Drogas farmacéuticas, las cuales disponen de prescripciones médicas para su adquisición y consumo (por ejemplo: tranquilizantes, anfetaminas).

- c) Drogas industriales que se comercializan, pero que no tienen una finalidad y naturaleza consumible (es decir, cemento, solventes, aerosoles y otras sustancias inhalantes).
- d) Drogas clandestinas cuya producción y distribución y consumo se encuentra sancionado penalmente (marihuana, cocaína, y sus derivados, heroína, principalmente).

Bonilla e Ibarra (1990, cit. en Bejarano, 1994) sobre la situación de la salud mental en Costa Rica, indican que las instituciones de salud, entre ellas las que atienden el problema de fármaco dependencia no están planteadas como una prioridad nacional, estas instituciones sirven más para la divulgación, que como de enfoque a estrategias.

Como se establece en el Artículo 7 de la Carta Internacional de Educación Física Deporte y Recreación, en 1991, la salvaguarda de los valores éticos y morales de la Educación Física y el Deporte debe ser la preocupación permanente de todos y como lo expresó la UNESCO, en 1978 (a), que se eduque mediante el Deporte; el cuál no está desvinculado de las realidades sociales, culturales y económicas. Al ser un factor agente y reflejo de las transformaciones sociales, solo se puede convertir en un auténtico medio de educación y prevención mediante la acción combinada de educadores competentes y de un control social atento al respeto de la dignidad y los derechos humanos (a) (Arnaud, 1999). (citado por UNESCO 1999).

Por ser el deporte, la actividad física y la recreación medios de educación y prevención es por este motivo que debe ser necesario e importante implementarlo en programas de recuperación de personas adictas no activas y como se expresa (Reynaga, 2001), la práctica del deporte podría ser una medida preventiva y terapéutica ya que conlleva a aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de potencialidades del individuo. Esto será ampliado más adelante en el marco conceptual. Pero antes de seguir, hay que introducir el concepto básico de tres palabras clave:

Deporte: ejercicio físico practicado en forma individual o por equipos para vencer un adversario, o por el simple esparcimiento siempre con sujeción a ciertas reglas (Diccionario Norma, 1996).

Actividad física: es un proceso físico voluntario, donde se involucra a la persona en pro de su beneficio físico, mental y emocional.

Recreación: viene del latín "Recreationis", acción o efecto de recrear; o volver a crear.

Todo esto traerá beneficios y como lo expresa Pant. (1994), la actividad física como elemento terapéutico hace que la persona integrada a un grupo, no se sienta más sola; el hecho de que una persona asista a un centro a realizar actividad física da la posibilidad de crear un vínculo social importante que supone beneficios no solo a nivel físico sino, también, a nivel psíquico. En el grupo, la persona comparte sentimientos, conversa, hace nuevas amistades, se identifica y comparte experiencias similares con sus compañeros, por lo tanto sirve como medio de relación e identificación con otras personas de sus mismas características (Pant, 1994).

La actividad física también influye positivamente sobre el sistema cardiovascular y respiratorio, así como sobre el aparato locomotor, no solo a nivel de músculo, sino en la conservación de movimiento articular y la normalización del organismo (Salgado, 1994).

Los beneficios físicos y psicológicos de una persona físicamente activa son: frena la atrofia muscular, favorece el movimiento articular, aumenta la capacidad respiratoria, disminuye los niveles de colesterol, disminuye la formación de depósitos en riñones y conductos urinarios (Salgado, 1994), favorece la actividad intelectual, el equilibrio afectivo, el esparcimiento y mejora la calidad de vida en general y como lo expresa García (1994), desde una perspectiva psicológica se asocia a la participación en programas de ejercicio con sentimientos de logro y satisfacción de vida, reducción de tensión, mejora la auto imagen, auto concepto y auto estima y estados de ánimo positivos (Leither, 1985), (citado en Bolaños y Mora en 1999); cabe recordar que al hacer ejercicio, se van a reforzar las actividades intelectuales

debido a la buena oxigenación cerebral favorecida por la actividad, lo que contribuye de gran forma a conservar un buen estado emocional (García, 1994).

Existen aspectos concretos de beneficio de la práctica física, como lo son: mejor imagen de sí mismo, mantener la salud mental, levantar el ánimo, ayudar a sentirse mejor. Son diversos los beneficios que contribuyen en los casos de trastornos emocionales tales como: la depresión, la ansiedad, la ira, la hostilidad, las fobias, y el comportamiento psicótico; canalización de la agresividad, disminución del estrés y facilitación de la relajación (Galanter, 1999).

Debido a que se ha observado que los drogodependientes sufren de rápidos daños físicos y mentales, es que se hace necesario utilizar otras alternativas que produzcan modificaciones rápidas; como la actividad física (Galanter, 1999). No obstante, son pocos los estudios al respecto, lo que hace necesario que se profundice esta línea de investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el efecto de un programa de actividades deportivo-recreativas sobre el estado de ánimo, la autoestima y la condición aeróbica en personas fármaco-dependientes no activas en proceso de recuperación

Objetivos específicos:

1. Conocer el efecto de un programa de actividades deportivo-recreativas, sobre la condición aeróbica de personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.
2. Determinar el efecto de un programa de actividades deportivo-recreativas sobre la autoestima en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.

3. Observar el efecto de un programa de actividades deportivo-recreativas sobre el estado de ánimo en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.

CONCEPTOS CLAVES

Actividad física: serie de movimientos, a menudo complejos, coordinados y relacionados con el medio ambiente realizados por el individuo (Diccionario de Psicología, 1976)

Autoconcepto: criterio que tiene una persona de sí misma; la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí, en un momento dado (Diccionario de Psicología y psicoanálisis, 1985).

Autoestima: amor o afección de un individuo así mismo o a todo lo que parece ser parte central de sí mismo; puede ser amor con la propia personalidad, egocentrismo y egoísmo son todas formas que, aunque referentes a la autoestima, no coinciden con ella (Diccionario de Psicología y psicoanálisis, 1985)

Ejercicio aeróbico: capacidad de realizar tareas vigorosas que implican participación de grandes masas musculares durante periodos de tiempo prolongados con presencia de oxígeno. Se basa en la capacidad funcional de los aparatos circulatorio y respiratorio de ajustarse y recuperarse de los efectos del ejercicio muscular (González, Prado y Ramírez, 2003).

Emoción: estado afectivo intenso y relativamente breve. Es frecuente que se acompañe la emoción de fuertes sentimientos expresivos. Se asocia a sensaciones corporales internas (Diccionario de Psicología, 1976).

Estado anímico: conjunto de sentimientos enfatizado en la naturaleza, variando en intensidad, duración y usualmente involucrando más de una emoción (González, Prado y Ramírez, 2003).

Recreación: fenómeno social que responde a una necesidad espiritual del individuo y que cumple una función de encaminar a dicha persona a ocupar sus momentos libres en algo distinto a sus actividades ordinarias. Acción de recrear, divertir, alegrar o deleitar (Barbieri y Papis, 1993).

Resistencia: la capacidad del cuerpo para mantener un ejercicio prolongado (Wilmore y Costill, 1999).

Fármaco-dependencia: estado físico y psíquico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco.

Intoxicación: conjunto de manifestaciones inmediatas que experimenta un organismo vivo, producto del consumo de una droga o fármaco, según las características particulares de cada sustancia.

Toxemia: estado resultante de la diseminación de productos bacterianos (toxina) por la sangre. Trastorno resultante de alteraciones metabólicas.

Toxicomanía: estado de intoxicación crónica o periódica producida por el consumo de una sustancia natural o sintética.

Dependencia física: es la que se manifiesta por sustancias adictivas, cuando se disminuye o suspende el consumo de ellas, generándose el síndrome de la abstinencia.

Síndrome de la abstinencia (síndrome de superación): es el conjunto de los signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir sustancias psicoactivas.

Dependencia psíquica: es la necesidad compulsiva de consumir una sustancia adictiva, en cualquier lugar o circunstancia.

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

Historia de la droga

Se dice que para el próximo siglo la humanidad afrontará dos grandes desafíos: el hambre y la drogadicción (OMS, 1994) (citado por Arias, 2001). Pero a estas alturas, el manejo que se ha dado a estos problemas en ascenso, hace prever que los hechos han superado la capacidad de respuesta de la humanidad.

La historia de la droga es más vieja que nosotros mismos. La afición a las sustancias psicoactivas y a narcóticos van aparejadas al ser humano que, desde su primer instante de vida, es actor y espectador de toda suerte de conflictos. Desde tiempos remotos el ser humano busca la forma de aumentar el placer o de disminuir sus sufrimientos. En la antigüedad, las drogas causantes de dependencia sólo podían conseguirse en determinadas zonas de la tierra, y al no haber los medios de comunicación de hoy no existía posibilidad de elección; así, en ciertos países era el alcohol la droga consumida, mientras que en otro era el opio o el cannabis.

Por otra parte la sociedad acepta de manera variable el uso de las drogas según la religión, la época, las circunstancias, la naturaleza de la droga y de la dosis consumida. Esas variaciones todavía persisten. Cada época, cada nivel social, cada moda e incluso cada cultura influida por la religión dominante tuvieron su droga estupefaciente. Así, para los budistas es el opio su droga preferida, para el musulmán el cannabis y para el cristiano el alcohol.

Lo que sí ha cambiado a lo largo del tiempo es la motivación del consumo del sujeto. Entre los pueblos primitivos, el uso de las drogas se hacía principalmente por motivos religiosos, místicos y supersticiosos. Se busca un contacto más íntimo entre la comunidad de los fieles de una religión o secta y un vínculo más directo con la divinidad. Desde los cultos dionisíacos, las ceremonias y éxtasis místicos paleocristianos y medievales, los coros de los monjes de San Gallen, animados por el alcohol, reflejados por Orff, las danzas frenéticas de los

dervishes musulmanes excitados por el cannabis, y hasta los “viajes” de los shamanes en Siberia son ejemplos de esta motivación religiosa.

Hasta hace unos años el drogadicto occidental tenía dos formas de iniciarse. Solía ser una persona de edad media y de buena posición social, según las normas locales y que al mismo tiempo llevaba una vida agitada y viciosa o bien había llegado a la tóxica dependencia a consecuencia del uso de narcóticos previstos para el tratamiento de una enfermedad dolorosa.

Este procedimiento ha sido el camino más frecuente y podía denominarse “Toxidependencia Yatrogéica”. Otra característica a tener en cuenta, es que los hombres consumían las drogas con mayor frecuencia y cantidad que las mujeres. Actualmente son los jóvenes, los que en mayor proporción se introducen en el mundo de la droga en busca de sensaciones y aventuras placenteras. Quizás esto sea un problema de educación o una consecuencia de la vida independiente y vertiginosa de la juventud moderna. Tampoco debe olvidarse el gran número de adictos a sedantes y tranquilizantes, que buscan vencer las inquietudes de los tiempos actuales y, de aquellas otras personas que se hicieron dependientes de los estimulantes en su deseo de sobre llevar el ritmo de vida, ya sea en los negocios, deportes, etc.

Puede decirse que el fenómeno actual del extendido consumo de las drogas se ha iniciado con movimientos, como el “hippy” que comenzó en la Universidad de California, que conectó con el “mayo estudiantil del 68” en París, de donde se extendió a toda Europa.

En lo expuesto, se comprueba fácilmente que la drogadicción ha existido desde siempre, cambiando solamente la filosofía del consumo, el sujeto y muy especialmente, el número de toxicófilos, que es lo que actualmente, convierte al hecho en un problema de elevadas magnitudes socioculturales.

5436.



ED 1639

La persona adicta

Cada día que pasa el uso de la droga es más problemático, avanza en forma ascendente y acelerada, en todos los estratos sociales en el ámbito nacional y del mundo entero. Las víctimas de las drogas son de muy diferentes edades, desde niños hasta adultos, que caen la degradación social. El consumir ciertas drogas es un acto ilegal y son castigados tanto el que lo consume como el distribuidor. Estas sustancias producen en el organismo problemas severos como envenenamiento o destrucción del organismo; además; unas deprimen, otras estimulan, desconciertan o desorganizan la personalidad, a tal extremo que, producen reacciones tardías, erráticas, grotescas, irrefrenables o violentas.

El Instituto de Alcoholismo y Fármaco dependencia divulga mediante su Departamento de Prevención los diferentes factores de riesgo que se aúnan a las drogas. Estos factores son todos los estados sean; biológicos, psicológicos o sociales, que en presencia o ausencia, modifican probabilidad de que se presente un problema.

Algunas personas pueden ser más susceptibles que otras, y pueden estar asociados a la familia, al sistema educativo, al nivel socioeconómico o al individuo mismo. Cada uno de estos factores tienen una gama de posibilidades conductas y actitudes, entre los que sobresalen: la falta de diálogo, ausencia de límites, compromisos sociales, ausencia de metas, imitación, baja autoestima, rebeldía, falta de mecanismos para ayudar a las personas con problemas, falta de orientación en el uso del tiempo libre, el de sus habilidades y destrezas.

En los diferentes sistemas que componen la sociedad de un país hace falta un enfoque integral, el que considere al individuo en su totalidad, que vele por el bienestar de estos tanto físico, espiritual, social, emocional y económico. Al mismo tiempo, que generen estrategias integrales para así poder luchar contra los males sociales que aquejan a la sociedad.

Según la historia demuestra, cada día surgen nuevas drogas legales e ilegales de modo que la aspiración de tener una sociedad “libre de drogas” es un tanto utópico tal como lo plantean Gossop y Grant (1990) (Citado por Bejarano, 1994).

Antecedentes de drogadicción en Costa Rica

Pese a que en los países centroamericanos hasta mediados de los años 80 el problema de las drogas no tenía la importancia, ni la producción, ni el nivel de consumo, como ahora se difunde; nos encontramos una problemática que rebasa el análisis de las drogas como un asunto que corresponde al sector salud. Y por tanto se convierte en un análisis de todos los sectores activos de la sociedad, entre estos el sector político, social y con énfasis especial el educativo.

Hasta finales de la década de 1970 e inicios de 1980, la sociedad costarricense no consideraba la drogadicción, entendida como adicción a drogas ilícitas tan preocupante y tan amenazante como es en la actualidad. Antes de ese periodo, las primeras acciones con algún grado de oficialidad giraron entorno al consumo del alcohol, y datan de 1929 cuando se publica la Cartilla Antialcohólica, dichas acciones carecieron de un marco tanto jurídico como institucional que les diera soporte y continuidad en el tiempo. Antes de 1929 el alcoholismo seguía considerándose una cuestión de “vagabundos”, y “borrachos” y de alguna forma, siempre con una connotación (que le valdría el reconocimiento) de ser parte fundamental de la cultura del “tico”, para algunos “cultura de guaro”.

Así, pensar en el consumo legal o ilícito de las drogas antes de la década de los años veinte, resulta para algunos, quizás algo inverosímil, sobre todo por la tradición y pacífica visión de pasado que la sociedad costarricense ha construido, reproduce y aún idealiza. Sin embargo “la historia social de las drogas en Costa Rica todavía está por escribirse. Es claro, sin embargo, que desde mediados del siglo XIX, una variedad de drogas estupefacientes estaban disponibles en las farmacias del país, y que la marihuana, la cocaína y más que todo el opio, se consumían por lo general bajo prescripción médica. Así pues es un hecho conocido que el

fundador del psicoanálisis Sigmund Freud consumía cocaína para el dolor producido por un cáncer de lengua, o la legalización actual del uso de marihuana en Canadá o San Francisco.

Aunque la significación social de estos consumos, no alcanzara despertar el pánico que hoy producen, queremos señalar los dos aspectos importantes como referencias históricas de nuestro periodo de análisis. El primero concerniente al consumo de drogas no legales, y el segundo, referido a la construcción del Estado costarricense con base en su papel protagónico en la producción y comercialización de tabaco y alcohol.

En cuanto al primer aspecto, del cannabis se dice que la corona española dio un impulso al cultivo del “cáñamo” (cannabis índico) en el nuevo mundo con fines industriales y comerciales. En nuestro país la siembra del cáñamo se utilizó también para la elaboración de cuerda y alpargatas (Méndez, 1996). Sin embargo los primeros indicios del fumado de marihuana del que se tiene conocimiento se remontan aproximadamente al año 1960, de lo cuál se deduce que la difusión de las drogas sucedió a mediados del siglo XIX (citado por Calvo y Ruiz, 2001)

Si bien es cierto que Adolfo Tonduz, trabajador de la United Fruit Company, a finales del siglo XIX realizó una investigación que consistía en la recolección de las plantas que crecían a lo largo de la vía del ferrocarril de San José a Limón. Cerca de la Costa Atlántica se encontró un número de campos de cannabis sembrados por los culies (raza de hombres de descendencia china o africana importados para trabajar en la compañía). Ello puede reflejar posibles usos rituales o culturales de determinados grupos muy diferenciados del resto de la población.

Datos recolectados sostienen que la primera campaña contra la marihuana; fue realizada por Minor Keith, quién experimento muchos problemas con sus peones a causa de pleitos y desordenes causados aparentemente por el abuso de las drogas. En cambio, solicitó exención de impuestos en la importación de bebidas alcohólicas por considerarla necesarias para el manejo

del personal (Míguez, 1987), hecho curioso y contradictorio, por que el alcohol es quizás la droga más asociada con la generación de violencia. (Citado por Calvo y Ruiz, 2001)

Otra sustancia actualmente ilegal, contradictoriamente no prohibida desde mediados del siglo XIX hasta inicios del siglo XX, fue el opio, el cual se importaba libremente en Costa Rica, y era de fácil circulación y venta. Este consumo se ha asocia directamente con la importación de mano de obra esclava, procedente de China para la construcción del Ferrocarril al Atlántico. En una investigación en torno a diversos aspectos del ferrocarril, en el análisis de formas de recreación y de uso de tiempo libre de los peones linieros, se encontró que “ el licor, el tabaco y el opio circularon copiosamente en los campamentos y eran vendidos ha crédito a los trabajadores, descontándose los posteriormente de sus salarios; se sabe además, que a los campamentos de los chinos se enviaron grandes cantidades de ron, puros y tabaco, así como opio, el cual se les distribuía a los trabajadores a razón de una onza semanal, los sábados por la tarde.

Es lógico pensar, que aparte de las razones de índole cultural para la práctica y conservación de las costumbres de los trabajadores emigrantes que primaron el uso del opio, este tuviese una instrumentación sobre todo para paliar las duras jornadas laborales y sus paupérrimas condiciones de vida. Como el consumo fue funcional por la situación antes descrita, el mismo se extendió a grupos sociales, tanto así que en la zona atlántica de nuestro país se dio un monopolio de empresarios extranjeros con la venta y distribución de opio, tabaco, y alcohol, al punto que en algún momento llegaron a solicitar al Estado la sanción de cualquier otra persona que intentará penetrar este mercado.

No debe caerse en el sesgo de pensar que el consumo del opio era un asunto de una minoría de trabajadores asalariados, de bajos recursos, emigrantes solitarios, y aislados en campamentos alejados, ya que como lo señala críticamente Palmer, la libre importación y venta de fármacos en Costa Rica, propicio que: el uso de morfina se extendiera bastante en la sociedad decente de nuestro país, durante la segunda mitad del siglo XIX, y por su parte, la clase comercial y política del momento, aprovechará su condición hegemónica para sacar

partido de la situación. Si bien es cierto, el uso de la morfina se dio principalmente para fines médicos, el autor en referencia, también señala como los boticarios de la época publicaban su uso en el diario Costa Rica, como un producto de propiedades milagrosas.

En esa “tierra de nadie” que era el mercado de los fármacos, la configuración de un espacio urbano propiamente dicho en la capital así como de una sociedad claramente diferenciada por sus acervos de clase, aparecen expresiones urbanas de consumo, no-solo de drogas como la marihuana, típicamente usadas por clases subalternas, sino también de las llamadas drogas duras como la heroína, por cuanto... “a finales de 1928 y principios de 1929, ocurrió algo curioso en San José; centenares de jóvenes artesanos empezaron a consumir heroína... y era públicamente visible, pues por lo menos once vendedores establecidos comerciaban con una clientela de entre 250 y 500 consumidores”, los cuales representaban, haciendo un cálculo subestimado y modesto, alrededor del 10% de los trabajadores que se identificaban como obreros artesanales. Trabajadores, artesanos masculinos, jóvenes solteros cuya edad promedio se establecía en 21.3 años.

En su momento este hecho fue calificado como un problema público y una crisis social, a pesar que la comercialización e importación del opio y la heroína, estaba en manos de la clase comercial y política de la época, siendo una acción o acto completamente legal, lo que en buena teoría igualaría el estatus legal de dichas drogas con una sustancia como el alcohol. Sin embargo, en la práctica la significación social de esos consumos tendía a cambiar para enrumbarse hacia la sanción social que hoy conocemos.

Recordemos que el opio había sido ilegal en 1925, cuando se firmó en Ginebra el acuerdo sobre la fabricación, comercio interno y el uso del opio preparado. En cuanto al papel del estado en la producción del tabaco fue la separación definitiva de Costa Rica de la República Federal Centroamericana en mayo de 1838, que permitió la incorporación estable de la renta tabacalera al estado costarricense, por lo que está se convirtió en la principal fuentes de ingreso del mismo (Araya, 1981). A partir de ese momento, su importancia económica aumenta, en la estructura tributaria del estado, y con el monopolio de la de la producción ligado

al mismo, se pretende por un lado financiar el gasto gubernamental, y por otro buscar una alternativa fiscal a los impuestos directos. Para entonces, la renta proveniente de esta actividad, constituía un medio de garantía del estado para respaldar sus empréstitos (Cerdas, 1993), prueba es, que el año de 1854 las rentas generadas por la actividad tabacalera representaron un 49.0% del ingreso total del fisco. (Citado por Calvo y Ruiz, 2001).

La comercialización del tabaco se ejerció en las tercenas, que eran expendedores con garantía de fianza hipotecaría ante la factoría de tabacos, sin embargo, se dio una importante proliferación de siembras y comercio clandestino, grave problema para el fisco de esa época.

Posteriormente, mientras la actividad tabacalera fue declinando, las rentas de producción de los licores fueron adquiriendo cada vez mayor importancia, dado el monopolio estatal y la ampliación de las siembras de caña. Este hecho toma gran impulso y se consolida cuando en la administración de Juan Rafael Mora, bajo el Decreto No.99 del 2 de septiembre de 1850, se establece la centralización y el monopolio de la producción de licores nacionales por el estado.

Respecto a la producción y comercialización del alcohol (guaro) en el valle central, que en 1850 el estado había dispuesto monopolizar su elaboración para limitar la producción descontrolada, llevó frecuentemente a la producción ilegal. El producto de esta fabricación clandestina, conocido como “guaro de contrabando” se ligó históricamente al campesino de las montañas del valle central, llegando a ser reconocido como un elemento más del folklore local (Miguez, 1987) (Citado por Calvo y Ruiz, 2001)

Para el estado costarricense el monopolio de la fabricación y venta de aguardiente fue una acción estratégica en aras del sostenimiento de la economía nacional, prestando cada vez más atención a la elaboración de aguardiente, ya que como se indicó antes, los ingresos provenientes de esta actividad fueron el sustituto perfecto de la ya débil renta tabacalera (Kiersszensen, 1990). (Citado por Calvo y Ruiz, 2001)

La distribución oficial de licor se realizaba por medio de los estancillos, y la comercialización oficial se hacía en las pulperías y las cantinas. También existían fábricas o alambiques que eran manejados por particulares con patente del estado; de igual forma la regulación establecía que todos los ciudadanos podían fabricar mistelas para su estricto uso personal, siempre y cuando comprara aguardiente en los respectivos estancillos autorizados.

La comercialización también se hizo directamente en las sacas donde se adquiría guaro de contrabando para actividades especiales, o uso cotidiano. En las zonas bananeras se expendía en el comisariato. En términos económicos “las sacas” se constituyen en una importante fuente de ingresos, algunas veces complementarias, a una economía campesina de subsistencia y de escasa rentabilidad.

Constituyéndose en una gran fuga para las arcas fiscales del estado. Sin embargo, es poco lo que se conoce sobre las características que asumen los patrones de consumo de alcohol en la sociedad costarricense de aquella época, más allá de lo que podamos advertir a través de la posible demanda a la gran producción (legal y clandestina), aunque es de inferir que la tendencia al consumo de estas bebidas siempre fue en ascenso con el correr de los años y hasta la fecha.

Por esto: la percepción del ciudadano tiende a basarse en la convicción de que existe un número creciente de traficantes, adictos, y un número generalizado de la delincuencia. Después del costo de la vida, los costarricenses establecen que “las drogas” son el principal problema del país (IAFA, 1996). (Citado por Calvo y Ruiz, 2001)

Auto concepto y autoestima.

Comúnmente el autoconcepto es considerado como un componente de la autoestima, de la evolución general del ser. Para Blascovich y Tomaka, (1991) el conocimiento del ser (contenido en el auto concepto) 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 una elección del sujeto de normas exteriores sobre las que constata si puede ser capaz o no 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 (citado por Valerín y Sánchez, 2003).

Pero ¿Cómo se define la autoestima? ¿Qué es lo que este término encierra? La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante la vida y que confluyen en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos (Clark, Clemen y Bean, 1993).

Además la autoestima contiene al menos dos dimensiones que son la competencia y la auto aceptación (Tafarodi y San y Well y Marwell, 1995) (Citado en Sonstroem, 1998). 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.

Para Marsh Cols (1993) un autoconcepto positivo es ampliamente reconocido como un facilitador para obtener resultados deseables en el área deportiva, la salud, la educación la parte social, los negocios y otras situaciones de la vida. Lo que es compartido por Shavelson et al. (1976), quien define autoconcepto como la percepción que una persona tiene de sí misma la cuál es formada a través de experiencias e interpretaciones del ambiente. Por su parte Freud (1938) (citado por Solís, 1998) definió el autoconcepto como la evaluación subjetiva de un individuo, como un compuesto de los sentimientos y pensamientos que contribuyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién y qué es.

Autoestima actividad física y deporte

El amor propio es esencial para la supervivencia psicológica, es un requisito para tener una vida emocional equilibrada. Sin ciertas dosis de amor propio la vida puede resultar angustiada, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas. Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la conciencia de sí mismo: la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. Es decir, el hombre tiene la capacidad de definir quién es y luego decir si le gusta su identidad o no. El problema central de la autoestima está en esa capacidad de juicio, de autovaloración; el juzgarse y rechazarse a sí mismo produce dolor si esto ocurre en forma indiscriminada como todo lo propio, hay un deterioro visible en todas las áreas de desempeño de la persona. Para evitar nuevos juicios o autorechazos se levantan barreras defensivas; se ocasiona que la persona se inculpa, en otras, se encoleriza, se sumerge en el perfeccionismo, se pone excusas o recurre al alcohol o drogas. Es importante romper ese círculo vicioso; auto rechazo-barrera defensiva-autorechazo (Arias, 2001)

(Aceptarse y valorarse es el resultado de todo un desarrollo psicosocial, sustentado en la evolución y adaptación propias de cada individuo. La autoestima nace, crece, se fortalece y se debilita a la par con el desarrollo psicossomático, emocional, afectivo y social del individuo. Por está razón no se puede hablar de autoestima como un elemento congénito sino como algo aprendido en el intercambio con el mundo externo. El desarrollo es tanto progresivo como regresivo, es decir, un continuo movimiento de búsqueda, acomodación y adaptación del hombre, teniendo en cuenta siempre la relación que se establece con su realidad social, familiar e individual.) La drogadicción es una problemática en las cuales se compromete la imagen y el concepto de uno mismo; generando una serie de conductas adictivas hacia sí mismo. El ejercicio físico previene este círculo vicioso, teniendo un impacto positivo en diversidad de esferas, como el fortalecimiento de la autoestima, aumento de la sensación de autocontrol, la mejora de la autoconfianza y del funcionamiento mental. Se han sugerido explicaciones psicológicas, fisiológicas y sociales para las distintas formas en que el ejercicio físico mejora el bienestar psicológico. (Morilla 2001).

Es importante reconocer la autoestima en la vida anímica de las personas en sus pensamientos, sentimientos y acciones; para diseñar estrategias tendientes al trabajo de los conflictos personales con respecto a la propia valoración. ✱

✱ Estudios de Blythe (1982) y Zinder (1972) (citado en Fallas, 2001) encontraron asociaciones positivas entre la participación deportiva y altos niveles de autoestima, mejores calificaciones y altas aspiraciones vocacionales y de éxito.

Así mismo, Nelson (1966) (citado en Fallas, 2001) comentó que la obtención pronta del éxito en las experiencias que se generan en las clases de educación física, contribuyen significativamente a mejorar el autoconcepto, la actitud y el estilo de vida de los estudiantes. También Biles (citado en Fallas, 2001) observó cambios positivos en el autoconcepto, luego de desarrollar un programa de instrucción física.

En este mismo contexto Samuel (1969) (citado en Fallas, 2001) concluyó que, las clases de educación física, proporcionan grados importantes de éxito y sentimientos de autovalía, promoviendo así, el desarrollo de un autoconcepto más positivo (Fallas, 2001).

Kirkcaldy, Shepard y Siefen (2002) encontraron que existe una fuerte relación entre la práctica de la actividad física y el tipo de personalidad en los adolescentes y los ayuda el consumo de drogas y alcohol. Además que la actividad física eleva el sentido de bienestar tanto físico como psicológico. Para estos investigadores, los adolescentes que están envueltos en la práctica de actividad física están caracterizados por bajos niveles de depresión y ansiedad.

En un estudio similar realizado por Boyd e Hrycaiko (1997) en cuanto a la actividad física y autoestima, en el que participaron pre adolescentes y adolescentes en Canadá quienes estudiaban en un colegio independiente, hubo resultados muy positivos como respuesta a una intervención de un programa que estuvo compuesto por actividad física, educación y auto reportes en que presentaban menores niveles de autoestima.

Por su parte Masís (1992) en su tesis plantea que la actividad física, el taekwondo, puede constituirse en un medio, facilitador de toda una serie de logros a nivel personal y social, específicamente a nivel de autoconcepto y auto estima. Así mismo, practicar el deporte del taekwondo constituye una instancia de atracción para el adolescente, llenando así una necesidad, de confianza y seguridad en un momento de desarrollo en que esto puede ser importante, por las mismas características físicas y personales. (Citado por Valerín y Sánchez, 2003).

En un estudio realizado por Ureña (1997) referente a autoconcepto físico y sensaciones posteriores al ejercicio en estudiantes, podría decirse que los participantes del estudio, tenían un autoconcepto realista, es decir, acorde con las características de los jóvenes. Así mismo, los datos correspondientes a las sensaciones posteriores al ejercicio, permitieron inferir una mayor tendencia hacia sensaciones positivas. No hubo además una relación entre autoconcepto y sensaciones post ejercicio.

Estado de ánimo y enfermedad adictiva, la comorbilidad

La motivación para cualquier sustancia psicoactiva está relacionada, en parte, con los efectos agudos y crónicos de estos productos sobre el estado de ánimo, la función cognitiva y la conducta. En algunos individuos, las alteraciones subjetivas (por ejemplo euforia y alivio de la tensión) que acompaña la intoxicación por sustancias son experimentadas como fenómenos muy placenteros y ello conduce al consumo repetido.

Aproximadamente, un 15% de los consumidores habituales pasan a presentar una dependencia psicológica por cuanto creen que no pueden actuar de manera óptima en un contexto social, laboral o de otro tipo sin experimentar cierto grado de intoxicación por la sustancia. Estos individuos presentan, a su vez, un alto riesgo de presentar uno o varios trastornos para consumos de sustancias, según lo definido en criterios DSM-IV (Clasificación diagnóstica de enfermedades mentales según la Asociación de Psiquiatras Norteamericana).

Como la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad y el abuso de sustancias que se han asociado al abuso de alcohol. Regier (1990), como se expresa en datos del ECA, donde se encontró que una muestra comunitaria de sujetos con un trastorno relacionado con alcohol y el abuso de sustancias, el 53% presenta a su vez un trastorno mental comórbico. Además en las mujeres los más frecuentes eran los trastornos de ansiedad y afectivos, y en los hombres los trastornos por abuso de sustancias, el trastorno disocial y el trastorno antisocial de la personalidad (Kessler y cols., 1997). Además se han identificado factores de riesgo con relación a esto: como el consumo cotidiano, la depresión mayor, la comunicación suicida, el apoyo social reducido, la enfermedad médica grave, el desempleo y el hecho de vivir solo (Murphy y cols, 1992).

En otro estudio de pacientes en un hospital general diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, el 67% también tenían un diagnóstico de abuso de sustancias (Dulit y cols., 1990); algunos autores están tratando de tipificar a los individuos que abusan de sustancias y que tienen una personalidad antisocial en personas psicopáticas sintomáticas con escasa Psicopatía y en personas muy psicopáticas (Gerstley y cols., 1990). Por otra parte los trastornos de estado de ánimo tienen una elevada comorbilidad con el consumo de múltiples sustancias, sobre todo con el alcohol. (Maier y cols., 1995; Weissman y cols., 1996)

Sanabria (1995) expresa que estudios previos han demostrado que un programa de ejercicio aeróbico puede mejorar el estado de ánimo. La actividad aeróbica puede ayudar a mejorar el nivel de estrés, para Cooper (1982) dicha práctica da confianza en si mismo y los niveles de ansiedad se ven reducidos.

Ejercicio y Estado de Animo

Bouchard y otros (1990), afirmaron que la práctica deportiva regular aumenta el bienestar subjetivo y el auto aprecio de los individuos, además, de reducir los estados depresivos, estados de temor y la vulnerabilidad ante el estrés (Cita en Ureña, 1996). Abele & Brahm (1992), encontraron cambios favorables en el estado de ánimo y bienestar psíquico en

un grupo de personas, inmediatamente después de haber realizado ejercicio físico, en comparación con los estados anteriores al inicio del ejercicio. Steptoe y otros (1989), afirmaron que el fenómeno observado por Abele & Brehm (1992), es independiente de los cambios que se den en el organismo durante el ejercicio y los cambios en el estado afectivo del individuo, se presentan incluso después de la práctica de las actividades no aeróbicas (Cita en Ureña, 1996).

Por su parte, Missoum (1987), indicó que los sujetos que realizan habitualmente una actividad física, presentan una estabilidad emocional superior a las poblaciones no deportistas o que realizan alguna actividad física regular. Esta estabilidad emocional les aporta una mayor capacidad de adaptación a situaciones nuevas y una actividad de mayor control frente a los choques emocionales (Armenta, 1993). El entrenamiento con ejercicio se presta por sí mismo a un modelo de aprendizaje social de adquisición y conservación de conductas saludables (Berger, 1987).

Ejercicio y Salud Mental

En términos de salud mental, algunos investigadores asumen que mejoras en la condición física dan a la gente una sensación de destreza, de control sobre las funciones corporales; la cual es asociada con una sensación de bienestar (Ismail & Trachtman, 1963; Solomon & Bumpus, 1978). También se asocia el ejercicio con estados deseables de consciencia (Buffone, 1980; Solomon & Bumpus, 1978). Otros autores como Bahrke & Morgan (1978), Morgan (1979), Seyle (1976), y Seime (1977), postulan que el ejercicio provee distracción y diversión que ayudan a controlar la ansiedad y efectuar los procesos cognoscitivos (citado por Moreira, 1993).

Wilfley y Kunce (1986) identificaron mejoras significativas en términos de persistencia, buen humor y una severa reducción de la tensión psicológica en sujetos que fueron sometidos a programas de ejercicio. Por otro lado la práctica del ejercicio ha demostrado ser una medida

terapéutica efectiva en el tratamiento de personas con desórdenes mentales (Morgan, 1974). (citado por Moreira, 1993).

Baron (1969), Sebold (1977) y White (1973) concluyeron que programas de acondicionamiento físico diseñados de acuerdo con las necesidades de cada sujeto, ayudaron a que éstos adquirieran un mejor auto concepto. Por su parte Dishman y Gettman (1981) y Tucker (1983) encontraron que un aumento de la fuerza muscular correlacionó significativamente con la solución de problemas como introversión, neurosis y una auto estima pobre. Una extensa revisión de literatura efectuada por Folkins y Sime (1981), indicó grandes beneficios producidos por el acondicionamiento físico en cinco áreas de la salud mental: cognición, percepción, comportamiento, afecto y personalidad (citado por Moreira, 1993).

En relación con este último aspecto, Doan y Scherman (1987) y Garvin (1972), sugirieron la eficacia potencial de los regímenes de condicionamiento físico en el tratamiento de varios desórdenes de la personalidad. Leighton y otros (1966) implementaron programas de acondicionamiento físico en personas con retardo mental, obteniendo notables beneficios en aspectos como auto concepto y evolución de la edad mental. Esto reafirma la conveniencia de utilizar el ejercicio como terapia correctiva para algunos problemas mentales (citado por Moreira, 1993).

Investigaciones más recientes realizadas por MacArthur (1996), demostraron que la actividad física esta asociada a los beneficios cognitivos y salud mental en el adulto mayor. Todos estos beneficios descritos, que derivan del ejercicio, sugieren la conveniencia de incluirlo como una de las actividades regulares en la vida del ser humano, lo que garantizaría una mejor calidad de vida. (citado por Moreira, 1993).

Beneficios de la actividad física, Deporte y Recreación en persona fármaco dependientes en proceso de recuperación.

El deporte educativo que intenta convertirse en el lugar de adquisición de la autonomía, abre un espacio dentro del cuál el joven puede aprender a controlar su relación con el riesgo. Frente al discurso profiláctico que pretende canalizar e incluso erradicar, en teoría todas las posibilidades de riesgo que se presentan a los jóvenes, el deporte puede ser uno de los medios de superar el antagonismo de principio entre prevención y el placer. Ahora bien, señalan el sociólogo Gérald Béroud y la psicóloga Anne-Catherine Menetrey del Instituto Suizo de Profilaxia del Alcoholismo de Lausana (Breton, 1999), el placer está vinculado al juego, a lo imprevisto al descubrimiento y a la trasgresión. Por eso, la prevención tendría que orientarse más bien a distinguir los riesgos que permitan progresar de los que conducen al callejón sin salida y la dependencia de las drogas (b) (UNESCO, 1999). La prevención tendría que proponer una alternativa para reconocerle valor positivo de correr riesgos y experimentar placer, limitando al mismo tiempo la gravedad de las consecuencias negativas (b) (UNESCO, 1999).

En resumen el deporte y las actividades físicas pueden ser algunas de las vías que se podrían explorar para intentar salir de una prevención normativa y defensiva basada en el motivo recurrente del “sin” (sin sustancias, sin alcohol, sin cigarrillos, etcétera) y reconocer la necesidad de correr riesgos y obtener placer para experimentar, descubrir el mundo y descubrirse a si mismo, e intentar la propia sensibilidad y desarrollarla (b) (UNESCO, 1999).

Esto es apoyado por el Barón Pierre de Coubertin, quien es considerado el pionero del olimpismo moderno quién señala que el deporte es: “el culto voluntario y habitual del ejercicio muscular intenso apoyado en el deseo de progreso y puede llevar hasta el riesgo”. Por otra parte, el francés Bernand Gillet considera que: “el deporte es una lucha y un juego, es una actividad física intensa sometida a reglas precisas y preparadas por un entrenamiento intenso” (citado por Solórzano, 1983).

También la UNESCO define el deporte en forma explícita diciendo que es una actividad específica de competición en la que se valora intensamente la práctica de los ejercicios físicos con vistas a la obtención por parte del individuo del perfeccionamiento de las posibilidades morfológicas, funcionales y psíquicas en la superación de sí mismo o de un adversario (citado por Solórzano, 1983).

No se puede negar que el deporte cumple una función social, en cuanto es practicado por seres humanos que conformen una determinada sociedad, independientemente de su configuración ideológica, como afirma Poriña (1963) el deporte es un fenómeno humano complejo, que tiene su raíz última en una tendencia propia pero no exclusiva de la naturaleza del hombre, el cuál es la indicación espontánea a jugar; y su actualización en la vida social es uno de los aspectos más característicos de la civilización contemporánea (citado por Solórzano, 1983).

Mordo (1967) deja de lado la concepción pura del deporte, su sentido lúdico y define el deporte como: expresión principalmente competitiva, reconociéndole la posibilidad de transformarse en una mera actividad profesional sin que pierda sus caracteres específicos” (citado por Solórzano, 1983).

En un sentido más amplio de lo que es parte el deporte la actividad física implica movimiento y toda forma de movimiento implica relación y comunicación; nos comunicamos no solo mediante las palabras sino también con el cuerpo, a través del cuerpo en silencio y en movimiento, las miradas, los gestos los movimientos de las manos, los dedos, los brazos, de todo el cuerpo; la forma de moverse, de desplazarse, los gestos que adoptamos, las expresiones de la cara, la forma de reaccionar corporalmente frente a situaciones diversas, todo ello da la comunicación (Pant, 1994).

Por otra parte, el ejercicio físico puede contribuir a una mayor libertad de movimiento, lo cuál puede aumentar el sentido de auto suficiencia (Sánchez, 1993) (citado por Bolaños y Mora, 1999), además Knablachet (1993) asoció la experiencia del ejercicio físico a efectos

inmediatos como sensación de refrescamiento, alivio, estado de ánimo positivo, carga de energía, entre otros, lo que contribuye de manera importante en la expresión de algunas manifestaciones afectivas.

Sonstroem y Morgan (1989), argumentan que la actividad física promueve el desarrollo del auto concepto corporal, lo cual aumenta la sensación de valor propio y en general del auto concepto global (Vargas, 1997). Estudios confirman que la actividad física habitual provoca una profunda influencia beneficiosa sobre el cerebro que se traduce en una mejor función cognitiva (Oglesby, 1990) (citado por Bolaños y Mora, 1999).

La práctica de la actividad física es un proceso mediante el cual la persona se habitúa a los múltiples cambios morfofuncionales que ocurren en su organismo, además de facilitar la adaptación e integración del individuo en sociedad (García, 1994); al tiempo que le permite recuperar parte de la dimensión humana perdida (Agüero, 1993).

La recreación es parte importante de lo que es actividad física como elemento de esparcimiento, este último se convierte en factor indispensable en el desarrollo integral del individuo producto de la vida moderna con sus adelantos tecnológicos. Cada día tenemos más tiempo libre disponible, que podemos ocupar en otras actividades que satisfagan nuestras necesidades físicas, sociales, emocionales, intelectuales espirituales. Por tanto es aquí donde la recreación física juega un papel importante en el desarrollo armónico de las personas (AGECO, 1988) (citado por Bolaños y Mora, 1999).

La recreación es una necesidad de la vida, como tal es un derecho de todos. Como derecho fundamental de toda persona, debe proveer de oportunidades especiales a los niños, los ancianos e individuos con discapacidades para que puedan realizarse plenamente (UNESCO, 1978). Siendo precisamente los programas de Educación Física, Deporte y Recreación la oportunidad que permite llenar las necesidades de los grupos poblacionales antes citados (Rev. Educación, 1985) (citado por Bolaños y Mora, 1999). La recreación es un derecho que debe ser definido como tal:

La recreación es cualquier actividad a que uno se entrega voluntariamente que contribuya al desarrollo físico, mental o moral individuo o grupo participante, incluyendo cualquier actividad en los campos de la música, el drama, el arte, los deportes, y cualquier tipo de juego que incorpore las actividades mencionadas (Valverde, 1990).

La recreación llega a ser un instrumento con el cuál podemos recuperar fuerzas psicológicas que son tan importantes para lograr un buen equilibrio. Recrear significa volver a crear, esto dicho en otras palabras es encontrarse con uno mismo, como persona, como individuo (AGECO, 1998) (citado por Bolaños y Mora, 1999).

La recreación es un campo de experiencias y actividades que se realizan especialmente en el tiempo libre, que poseen la potencialidad de enriquecer la vida mediante la satisfacción de ciertas necesidades básicas del ser humano y de cultivar relaciones sanas y placenteras.

Es una actividad educativa que promueve el desarrollo integral del individuo y de la comunidad, brindándole satisfacción y experiencia placenteras.

La recreación es cualquier forma de experiencia o actividad a la que se dedica el individuo por el goce personal y la satisfacción que le produce. Es una herramienta común de todos los pueblos aunque su experiencia tiene forma diferente.

Un componente importante de la recreación es el juego. Johan Huizinga, teórico de la recreación, define al hombre como un Homos Ludens “hombre que juega”, ya que a través de la actividad lúdica como el hombre va creando una interacción con el medio ambiente y adquiere los elementos necesarios para recorrer el mundo de la continuidad. La recreación cumple un papel muy importante en la vida del hombre, es una actividad dinámica y unificadora con un rol potencialmente vital en el desarrollo integral de la persona.

La recreación ha sido considerada por muchos estudiosos como una necesidad humana básica y constituye un derecho fundamental del ser humano. La ONU la señala como la sexta necesidad básica del hombre después de la nutrición, la salud, la educación, la vivienda, el trabajo y la seguridad social. La recreación es un medio de educación integral que promueve el desarrollo intelectual, emocional, psíquico y físico del individuo (citado por Arias, 2001).

En términos generales la recreación se define como el conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento para sea para descansar, divertirse o desarrollar su formación e información desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.

Es una actividad del hombre buscada por éste espontáneamente y disfrutada mediante la utilización de las más variadas formas. Tiene componentes determinantes y es además una herramienta para integrar diferentes grupos, alrededor de ideales comunitarios.

La recreación contribuye al mejoramiento de la calidad de vida; promueve conductas sociales, mejora la condición física, brinda descanso y relajación, permite la libre expresión, estimula el proceso creativo, contribuye a eliminar el estrés.

Las actividades físicas y deportivas gozan de gran estima, y se considera que el hecho de llevar a cabo acciones de prevención mediante actividades físicas y deportivas es más fácil que mediante la comunicación verbal u otras técnicas corporales como el teatro, la danza (c) (Citado por UNESCO, 1999)

El deporte parece ser una puerta de acceso fácil para una labor de prevención, en que la actividad corporal suele ser a menudo una etapa previa a las acciones de inserción en la escuela y el mundo del trabajo, o al brote de la expresión oral. En este último aspecto, el deporte presenta un gran interés por que como dice Dénos Dubouchet (1997) “representa una actividad de proyección en la que se puede dar prioridad a la actividad lúdica, placentera y heroica” (c) (Citado por UNESCO, 1999).

Caouette (1999) considera que: ante todo, hay que partir del postulado de que una actividad física o deportiva no adopta nada en sí, especialmente con un público de conducta aberrante. No obstante, practicar una actividad física se puede convertir en un coadyuvante importante de un programa terapéutico que comprende la farmacoterapia, las terapias de grupo y de medio tradicional, y las terapias individuales (d) (Citado por UNESCO, 1999).

Breton (1999) dice: que con las actividades físicas y deportivas se trata de introducir la sensación en la médula de la metodología de la prevención. No obstante, no son las únicas las que pueden hacerlo, y ha este respecto se pueden mencionar la danza, el teatro y las demás actividades en las que el cuerpo entra en la acción. Vivimos en un mundo difícil de comprender, y creo que la sensación puede ser un sustituto provisional del sentido. Podemos sentir como el mundo late en nosotros, experimentando sensaciones al lanzarnos en paracaídas desde un avión, al saltar con una cuerda elástica o al conducir un vehículo rápidamente. Las actividades físicas y deportivas pueden conducir a los jóvenes a descubrir su interioridad. Con ellas no descubrirán un placer idéntico al de la toxicomanía, por que no se trata de sustituirle flash de la droga mediante la práctica de la escalada o del paracaidismo, Además es difícil pensar que los jóvenes que pueden librarse de la drogadicción practicando el montañismo. El deporte sólo es un medio indirecto para que el joven se centre en su propia existencia y experimente el placer de vivir cotidianamente que tanto falta a millones de nuestros contemporáneos. Estos métodos de prevención no tienen ninguna virtud mágica para recobrar las ganas de vivir (h) (Citado por UNESCO, 1999).

Características de la recreación.

Para Gray y Greben (citado en Mulero, 1995) la recreación se caracteriza por engendrar sentimientos de maestría, consecución de logro, alegría, aceptación, éxito, valía personal y placer (citado por Valerin y Sánchez, 2003).

Según Bolaños (1969) (citado en Alvarado, 2000), propuso las siguientes características de la recreación:

Se desarrolla en tiempo libre: Esta característica es básica y se refiere a la condición por la cual se consideran actividades recreativas sólo a las que se realizan durante el tiempo libre, excluyéndose las actividades de carácter obligatorio, debido a que forman parte de los horarios laborales, de estudio y otros.

Es voluntaria: Establece que el individuo debe poseer la capacidad y la oportunidad de elegir sus actividades, por lo tanto, toda actividad obligada no puede ser considerada como recreativa.

Produce beneficio social: Las actividades recreativas, por lo tanto la recreación debe poseer un valor formativo que desarrolle actitudes y aptitudes para una mejor convivencia social de las personas.

Fomenta la creatividad: Las actividades recreativas deben proporcionar habilidades que permiten al individuo hacer uso de su creatividad para desarrollar formas adecuadas de recreación, que sean de utilidad inmediata y que perduren como repertorio para la vida futura.

Promueve valores: la recreación no debe ser vista como una esfera a parte de la vida del ser humano sino como un componente interactuante con los otros del que hacer cotidiano, por lo tanto debe ayudar a reforzar las tendencias actuales a mejorar la calidad de vida y los valores morales, sociales y culturales que juegan un papel preponderante en esta orientación.

Identificación social y cultural: Las actividades recreativas se conforman de acuerdo con las características sociales y ambientales de los grupos. Por lo tanto, cada individuo tiene formas recreativas muy particulares, de acuerdo con sus principales características de convivencia, relaciones, costumbres y otros.

Recreación y actividad física.

La recreación dentro de la sociedad cumple varias funciones, y su fin único es mejorar la calidad de vida de los seres humanos haciéndola más rica, creativa y feliz para todos (Kraus, 1978). Los niños también son parte de este mundo convulsionado, y merecedores de actividades que le produzcan placer y un bien social. Tanto individual como grupalmente, realizadas en su tiempo libre y de forma voluntaria. Kraus, (1978) se refiere a un estudio realizado por Jan Tausch, sobre el suicidio infantil en donde los niños tenían en común la falta de amigos con quienes compartir confidencias o que le dieran apoyo. La participación en actividades escolares o fuera de la escuela recreacionales es buena forma de impedir el suicidio.

Cada día que pasa las relaciones humanas se ven más deterioradas, los individuos se aíslan de sus labores y empiezan los problemas de soledad e infidelidad, dando cabida a la solución de estos por medio del tabaco, alcohol, y las drogas. La recreación brinda espacios para las personas se integren a actividades y grupo en los que la gente pueda encontrar enriquecimiento y con tacto social (Kraus, 1978).

Ante los problemas señalados, la salud mental de los individuos decae grandemente Gans citado por Kraus, 1978 menciona que recreación práctica en el tiempo libre es una parte constituida de la salud mental”, por lo tanto, se le debe ofrecer oportunidades para que ese tiempo sea satisfactoriamente utilizado, y contribuir al mantenimiento de la salud mental.

Webber (1962) explica en su estudio, “como la recreación debe de ser tomada en cuenta dentro de todo contexto”, ya que los ambientes sociales y físicos ligados a la recreación al aire libre, tiene efectos positivos en el bienestar físico y mental de los individuos. Es un fiel contribuyente a la salud mental por que ofrece un cambio de los patrones cotidianos y una oportunidad para encontrar el auto identificación y el ajuste personal, de una manera diferente a los que, los patrones diarios nos ofrece.

El aporte de la recreación a la salud mental integral del individuo es muy beneficioso, ya que al formar parte del desarrollo emocional de los individuos, sin importar edad sexo, ayuda a estabilizar y reforzar conceptos sobre sí mismo, ofrece placer y un sentimiento de logro personal. Además tiene una manera de aplicar esos mecanismos psicológicos con la sustitución, la compensación, y sublimación, todos favorecen a mantener un balance emocional estable.

Seda (1973) menciona que “el ocio es el tiempo ideal para querer y para que nos quieran, para necesitar y para que nos necesiten”. Es un periodo para vivir en grupo para experimentar la lealtad en forma recíproca, por que al recrearse en forma conjunta, aumenta el gozo, produce bienestar social, se aprende a vivir y compartir con las personas que lo rodean.

Todo ser humano tiene entre sus objetivos la consecución de una vida plena y para lograrlo, necesita algo que este fuera de las tareas rutinarias y de descanso natural, y que le repare sus energías gastadas y su estabilidad emocional.

Los especialistas coinciden en que, una forma de llegar alcanzar la meta deseada, es realizando una buena utilización del tiempo libre, donde se comparte con otras personas en actividades creadoras, relajantes, placenteras y voluntarias, evitando así, el participar en acciones negativas, cayendo en excesos y abusos que conducen al deterioro social.

Estudios bibliográficos sobre drogadicción y actividad física.

Una alternativa que ha recibido poca atención en la lucha contra las drogas, es la actividad física como contribuyente para ayudar a desarrollar un estilo alternativo que contrarreste el uso y el abuso de esas sustancias, esto no ha sido abordado de ninguna manera en nuestro país.

En parte el uso de las drogas es un signo de problemas de desarrollo. La actividad física regular sistematizada puede ser una vía de escape ante esos conflictos, ya que provee la capacidad de explorarse a sí mismo.

Esta se caracteriza por ser concreta y sistematizada, se orienta a una meta, es dinámica, se enseña cómo mandar y cómo obedecer, es exigente, hay resultados que se palpan en esta disciplina.

Numerosas experiencias prácticas muestran que el método del deporte parece modificar la condición del trabajador social a la vista de los jóvenes, lo cual supone una auténtica ventaja cuando reina la confianza en sus relaciones con la autoridad.

En la Conferencia de Banff (1995), en Canadá el Programa de las Naciones Unidas para Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y el Comité Olímpico Internacional (COI) recuerda que “la práctica del deporte puede contribuir considerablemente a la prevención del uso indebido de las drogas por parte de los jóvenes, ayudándoles a enfrentarse con situaciones difíciles y afirmar su personalidad y autoestima transmitiéndoles los valores de autodisciplina, igualdad y cooperación que forman parte de la ética olímpica” (g) (UNESCO, 1999).

Un estudio en África Occidental se reveló que el deporte es un medio utilizado frecuentemente para acercarse a las personas adictas principalmente jóvenes en este caso consumidores de crack, heroína y cocaína y sensibilizarlos a los peligros del uso indebido de las drogas, por que satisface el afán de juego que todos los jóvenes experimentan, así como sus necesidades sociales de expresión, comunicación y valoración (Mundure, 1999) (f) (citado por UNESCO, 1999).

Caouette (1999): en América del Norte existe un hiato de diez años en los estudios que demuestran la eficacia social y terapéutica de la actividad física. Sin embargo son múltiples las fuentes que señalan que esta relación preventiva del deporte sobre el uso de drogas es real a pesar de la falta de estudios que así lo señalan según expresa Caouette (d) (Citado por UNESCO, 1999).

Además, se ha demostrado que la virtud terapéutica del deporte es más eficaz cuando la actividad es físicamente exigente. En el municipio de Peñalolén, situado al sur de la capital de Chile. Tudela dice: el deporte forma parte de nuestras terapias de rehabilitación. El fútbol y el ping-pong nos permiten fomentar el autocontrol de los jóvenes, a partir de descubrimientos prácticos, meditamos con ellos sobre las conductas agresivas y sobre las frustraciones de cada uno (e) (Citado por UNESCO, 1999).

En el plano nacional el gobierno chileno es consciente de la importancia del deporte como instrumento de prevención del uso indebido de las drogas por parte de los jóvenes, y por medio de la Dirección General del Deportes (DIGEDER) y del Consejo Nacional de Control de Drogas quiere generalizar los programas que implican a asociaciones locales (Ortiz, 1999), (e) (Citado por UNESCO, 1999).

En la elaboración de esos programas participan jóvenes en situación de riesgo, que no suelen estar escolarizados. En vez de los deportes de equipo, prefieren los deportes individuales y recreativos por que sus reglas le parecen menos rígidas y les da más sensación de libertad. Por eso, se da prioridad a los talleres polideportivos y actividades al aire libre, como la marcha a pie. Iturra (1990), especialista en actividades deportivas, dice que “los deportes de combate como el judo y el karate también tienen mucho éxito dentro de la perspectiva recreativa”.

Por parte en su estudio de 1993 Laferrière y Laroche han comprobado que las personas activas se preocupan más por su salud. Los jóvenes adictos fuman menos, se alimentan mejor y disciernen mejor cuales son los hábitos sanos. Las actividades físicas procuran momentos muy embriagadores de bienestar fisiológico (d) (Citado por UNESCO, 1999).

Además en Costa Rica este tipo de investigaciones no han sido abordados, a diferencia de esto solo se encontró un estudio de tipo entrevista donde a educadores de enseñanza preescolar se le exponía este tema y se concluyó que estos, tenían claro la importancia de fomentar las actividades físicas y la recreación en la reducción de los males sociales y que el

fomentar estas actividades que favorecen a largo plazo la salud pública (Meneses y Monge, 1996).

Collingwood, Reynolds, Jester y Debord (1992) (Citado por Meneses y Monge, 1996) están de acuerdo con lo afirmado y comentan una investigación realizada en los Estados Unidos de Norteamérica en el Instituto para la investigación en aeróbicos, en la que desarrollaron un programa piloto de acondicionamiento físico para jóvenes en riesgo y con patrones de abuso de sustancias, el cual estaba integrado a las clases de educación física en concordancia con el programa de prevención de abuso de drogas "DARE". En este caso, los estudiantes de secundaria fueron la población objetivo

Programas y miembros del equipo de educación física fueron movilizados para este esfuerzo, se usó la estructura del programa de educación física, el equipo fue entrenado y se implementó el programa. Fue tal éxito que actualmente es un elemento estándar en los cursos de educación física.

Sobre la base de otros estudios: En los programas Outward Bound y programas de reducción llevados a cabo en los servicios sociales de los Estados Unidos de Norteamérica recurren a la actividad física como vector de adaptación. La policía del área urbana de Montreal, en Canadá ha utilizado un deporte arriesgado como primera alternativa a la presentación de los delincuentes juveniles ante el juez. Cuando estos adolescentes cometen su primer delito contra las personas, pueden optar por participar en una sesión de judo de 18 semanas o por ser presentados al juez. Los resultados de este método han sido espectaculares: al cabo de dos años, es casi nula la tasa de reincidencia de los adolescentes que han efectuado completamente el programa. En la Universidad de Montpellier (Francia), se realizó bajo la dirección del doctor Buy-Xuan un importante programa de investigación sobre la actividad física como medio de inserción de adultos jóvenes sin empleo. Un estudio longitudinal, efectuado en 1991 en California por Camacho y su equipo, ha mostrado la correlación entre los estados depresivos y las actitudes hipocinéticas debido a la reducida actividad física vinculada a los modos de vida contemporáneos. Este estudio mencionado en el informe 1996 de la

Dirección de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, ha comprobado el efecto positivo de la actividad física en el control de la depresión (d) (UNESCO, 1999).

No obstante, resulta muy difícil obtener subvenciones para los programas de actividad física, por que son menos lucrativos que la venta de medicamentos.

En esta investigación por ser un tema que no ha sido abordado antes, en el ámbito nacional, es que se plantea una serie de afirmaciones y puntos de vista que deben ser sujetos a un posterior análisis a fin de comprobar o mejorar los planteamientos desarrollados en esta investigación.

Conceptos sobre drogadicción. (Citados por, Arias, 2001):

Droga o fármaco: toda sustancia que introducida al organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones.

Farmacodependencia: estado físico y psíquico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, se caracteriza por modificaciones en el comportamiento por otras reacciones que comprenden siempre un deseo imperioso a fumar un fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar efectos psíquicos y a veces evitar el malestar producido por la privación.

Intoxicación: conjunto de manifestaciones inmediatas que experimenta un organismo vivo, producto del consumo de una droga o fármaco, según las características particulares de cada sustancia.

Toxemia: estado resultante de la diseminación de productos bacterianos (toxinal) por la sangre. Trastorno resultante de alteraciones metabólicas.

Toxicomanía: estado de intoxicación crónica o periódica producida por el consumo de una sustancia natural o sintética cuyas características son: la compulsión la necesidad de continuar el consumo, tendencia a aumentar la dosis y dependencia física o psíquica.

Dependencia física: es sinónimo de neuroadaptación, consiste en la modificación fisiológica de las neuronas que obliga al organismo a incorporar las sustancias psicoactivas con el fin de mantener un estado de bienestar el cuál desaparece al interrumpir la sustancia. La neuroadaptación enfatiza el aspecto de la dependencia y se evidencia clínicamente después de la brusca supresión del psicoactivo, cuando aparecen intensos trastornos físicos como el síndrome de la abstinencia.

Síndrome de la abstinencia (Síndrome de superación): es el conjunto de los signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir sustancias psicoactivas el cuál es sujeto es dependiente, o cuando se suspende o reduce bruscamente la ingestión de dicha sustancia tras un consumo previo regular. Algunos lo consideran como un síndrome mental orgánico que varía con cada individuo y para cada sustancia. La intensidad y la gravedad de este síndrome dependen del tipo y de la cantidad de sustancia habitualmente consumida; los signos y síntomas más comunes son: ansiedad, inquietud, insomnio, y déficit de la atención, náuseas, sudoración, taquicardia y convulsiones. Dentro de las drogas que generan simultáneamente dependencia psíquica y física están los llamados depresores del SNC.

Dependencia psíquica: se refiere al impulso psíquico irreprimible de consumir sustancias psicoactivas en forma continua o periódica con el fin de experimentar el efecto placentero o reducir el malestar producido por su privación.

Capítulo III

METODOLOGÍA

Sujetos:

Participaron 13 sujetos varones fármaco dependientes con un mes de abstinencia, los cuáles han sido consumidores de sustancias ilícitas y lícitas; los integrantes estaban entre los 18 y 40 años de edad. Esta muestra fue seleccionada por conveniencia, dadas las facilidades que se brindaron para poder implementar un programa de actividad física en el centro en que eran atendidos.

El trabajo fue realizado dentro de una comunidad terapéutica (Comunidad Terapéutica Kañir, ubicada 300mts este de la Mabe en San Pablo de Heredia); que es donde se busca que el fármaco dependiente, “desaprenda” comportamientos, relaciones interpersonales y patrones de respuesta afectiva inadecuados y adopte otros más responsables y adecuados, estas responden a la edificación de la dignidad del ser humano en la reducción del fármaco dependiente, en cualquiera de sus adicciones (Arias, 2001).

El psiquiatra Maxwell Jones (1952) (citado en Arias, 2001) propuso y sistematizó a las comunidades terapéuticas. Además, los muchachos que viven en esta comunidad, se alojan en una casa donde reciben terapias de diferentes tipos, superando etapas para su recuperación, donde deben convivir con personas con problemas de adicción; como un mínimo de 11 meses, esto puede variar según el proceso de superación que tenga cada persona,.

Instrumentos:

Hojas de anotación, lapicero, lápices, pista de atletismo, cronómetro, test de autoestima de Rosenberg (1965) que mide la autoestima en puntos obtenidos (ver anexo # 1), test de Cooper medido en metros y test de POMS de McNair, Lorr, y Droppleman (1971), que mide el

estado de ánimo (ver anexo # 2). La prueba de Rosenberg, se puntúa con una escala tipo Likert de cuatro puntos. El puntaje de este instrumento, se obtendrá haciendo la suma de cada uno de los ítems tomando en cuenta que los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 son inversos, es decir que, se puntuarán en forma inversa (4=1, 3=2, 2=3, 1=4), obteniéndose un máximo de 40 puntos y un mínimo de 10 puntos. Por su lado, el POMS tiene seis dimensiones. Cada una corresponde a un estado anímico. Para dar puntaje a la prueba, se debe sumar los puntajes obtenidos por cada sujeto, en los ítems correspondientes a cada estado anímico:

Tensión –Ansiedad

2, 10, 16, 20, 22, 26, 27, 34, 41.

El ítem 22 “Relajado” es inverso (se procede a invertir la escala, como se explicó en el caso del test de Rosenberg).

Depresión- Melancolía-Desaliento.

5, 9, 14, 18, 21, 23, 32, 35, 36, 44, 45, 48, 58, 61, 62.

Ira-Enojo-Hostilidad.

3, 12, 17, 24, 31, 33, 39, 42, 47, 52, 53, 57.

Fatiga-Inercia-Inactividad.

4, 11, 29, 40, 46, 49, 65.

Vigor-Actividad.

7,15, 19, 38, 51, 56, 60, 63.

Confusión-Aturdimiento-Perplejidad

8, 28, 37, 50, 54, 59, 64.

El ítem 54 “eficiente” es inverso.

Procedimientos:

En primera instancia es necesario expresar que las pruebas Cooper y el test de autoestima se realizaron antes y después del tratamiento (pre, post). El test de Rosenberg de autoestima se aplicó unos 10 minutos antes de iniciar la primera sesión del tratamiento y unos 10 minutos después de terminada la última sesión del mismo.

La prueba Cooper se realizó cuatro días antes de iniciar el tratamiento y cuatro después del mismo. El sujeto debía recorrer durante 12 minutos la mayor distancia en una pista de atletismo de 400 metros (Beuker, 1976) (eso fue toda la instrucción para hacer la prueba tras el estiramiento y se aclaró que debía de hacerse el máximo esfuerzo.

En el caso del test de POMS se realizó una aplicación (pretest 1), al inicio de la primera sesión y al final de esta, otra aplicación (postest 1); a mediados del tratamiento, es decir en la sesión número ocho, se realizó del mismo modo (pretest 2 antes de la sesión y postest 2 después de la sesión); y en la última sesión también (pretest 3 al inicio y pretest 3 al final de la última sesión). En las sesiones primera y final, se aplicaba primero la escala de Rosenberg y de segundo, respectivamente. Se tomó todos los datos de cada individuo como lo son: edad, sexo, peso, talla.

Tratamiento:

Se realizó sesiones de actividad física, deportiva y recreativa sin perder el carácter progresivo, estas sesiones se hicieron dos veces por semana los días miércoles y sábados de la 1:00 pm hasta las 2:30 pm en el polideportivo de San Pablo de Heredia. (Ver anexo número 3). Se desarrollaron en total 16 sesiones en 8 semanas.

Análisis estadístico

Se calculó el promedio y desviación estándar como estadística descriptiva y como estadística inferencial el análisis de varianza mixto cuando fue necesario (sesiones x mediciones) para los estados anímicos medidos con el POMS. Los datos se procesaron en el paquete SPSS para Windows versión 8.0; se utilizó varias pruebas t-Student para muestras dependientes, para comparar pre y post de la prueba Cooper y del test de autoestima de Rosenberg.

Capítulo IV

RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados más importantes de esta investigación los cuales se resumen en tablas y gráficos según corresponda

Tabla 1. Promedios y desviaciones estándar de las mediciones de la prueba Cooper y test de autoestima de Rosenberg y los resultados de la prueba T Student de medidas repetidas aplicadas para ambos casos en personas fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación (n :13)

	Promedio	DS	t
Pretest Cooper	2313,0769	±408,4194	-1,628 p>0,05
Post test Cooper	2409,6154	±318,4498	
Pretest Autoestima	30,0769	±4,0715	-0,339 p>0,05
Post test Autoestima	30,6154	±3,7090	

Nota: El rendimiento en cooper se midió en metros

No se encontraron diferencias significativas en test de Cooper (t:-1,628; p>0,05). Tampoco se encontraron diferencias significativas en test de autoestima (t:-0,339; p>0,05). Como se aprecia en la tabla anterior, no se encontró diferencias entre pretest y posttest de la prueba Cooper ni del cuestionario de autoestima de Rosenberg aplicado a los sujetos lo que indica que no hubo efecto significativo del tratamiento aplicado en esas variables.

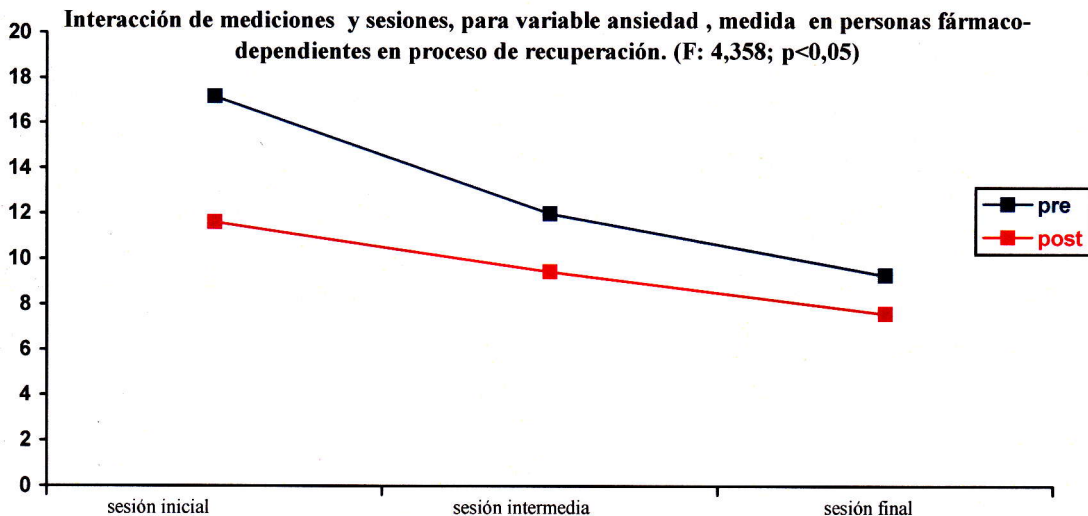
Tabla 2. Promedios y desviaciones estándar de seis estados de ánimo medidos en trece sujetos fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación que recibieron un programa de actividades deportivo recreativas

Variables	Sesión inicial		Sesión intermedia		Sesión final	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Ansiedad	17,1538±6,10	11,6154±4,33	12±6,3114	9,4615±5,680	9,3077±6,7748	7,6154±6,048
Depresión	20,0769±8,59	13,9231±7,14	16,7692±10,9	11,3846±9,67	13,6923±11,12	11,±9,36
Ira	20,6923±10,4	15,6923±9,28	15,6154±12,0	10,8462±9,96	12,3077±13,48	10,9231±11,9
Fatiga	11,4615±4,21	10± 4,1231	9,5385±5,910	6,8462±5,304	8,1538±6,4401	6,4615±5,516
Confusión	10,0769±5,12	8,307±3,3011	10,0769±5,51	6,3077±4,679	9±7,7996	6,1538±5,257
Vigor	20,0769±4,29	21,0769±4,69	18,0769±6,22	22,3077±4,06	19,7692±6,071	23,5385±3,97

Tabla 3. Resumen de análisis de varianza para el estado anímico en función de las sesiones (inicial, intermedia y final) y mediciones en trece sujetos fármaco dependientes no activos en proceso de recuperación que recibieron un programa de actividades deportivo recreativas

	F	Significancia	η^2
Ansiedad			
Sesión	25,97	<0,01	0,571
Medición	15,376	<0,01	0,562
Sesión y Medición	4,358	<0,05	0,266
Depresión	F	Significancia	η^2
Sesión	2,626	No	0,18
Medición	29,244	<0,01	0,709
Sesión y Medición	2,746	No	0,186
Ira	F	Significancia	η^2
Sesión	3,665	<0,05	0,233
Medición	6,639	<0,05	0,356
Sesión y Medición	1,807	No	0,131
Fatiga	F	Significancia	η^2
Sesión	2,833	No	0,191
Medición	9,595	<0,01	0,444
Sesión y Medición	0,511	No	0,041
Confusión	F	Significancia	η^2
Sesión	0,837	No	0,065
Medición	14,680	<0,01	0,550
Sesión y Medición	0,890	No	0,069
Vigor	F	Significancia	η^2
Sesión	0,57	No	0,045
Medición	23,4	<0,01	0,661
Sesión y Medición	2,899	No	0,195

Gráfico No. 1



El análisis de efectos simples que se aplicó como Post Hoc en la interacción de mediciones por sesiones de la variable ansiedad, mostró efecto simple significativo de mediciones en sesiones en cada una de las sesiones. Es decir que en las tres sesiones (inicial, intermedia, final) existió efecto agudo significativo del tratamiento sobre la ansiedad pues en cada sesión el promedio de ansiedad se redujo significativamente. También se encontró efecto simple significativo de sesiones en el pretest donde el análisis Post Hoc LSD mostró que el promedio de ansiedad inicial de las sesiones iba disminuyendo significativamente entre una sesión y otra.

Así mismo se encontró efecto simple significativo de sesiones en el posttest donde se muestra en el Post Hoc LSD que el nivel de ansiedad, al final de la última sesión, fue significativamente menor que el de la primera sesión. Esto indica entonces también un efecto crónico positivo del tratamiento sobre la ansiedad al final de las sesiones. También se encontró efecto agudo positivo del tratamiento en los demás estados anímicos valorados. Esto se ilustra en los siguientes gráficos.

Gráfico 2
Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable depresión, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 29,244; $p < 0,01$)

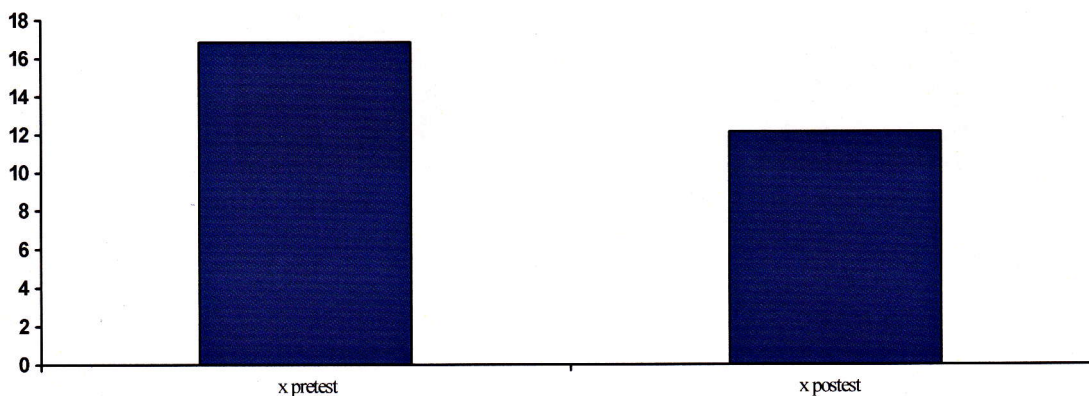


Gráfico 3

Comparación entre sesiones (efecto crónico) para la variable ira, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 3,665; p<0,05)

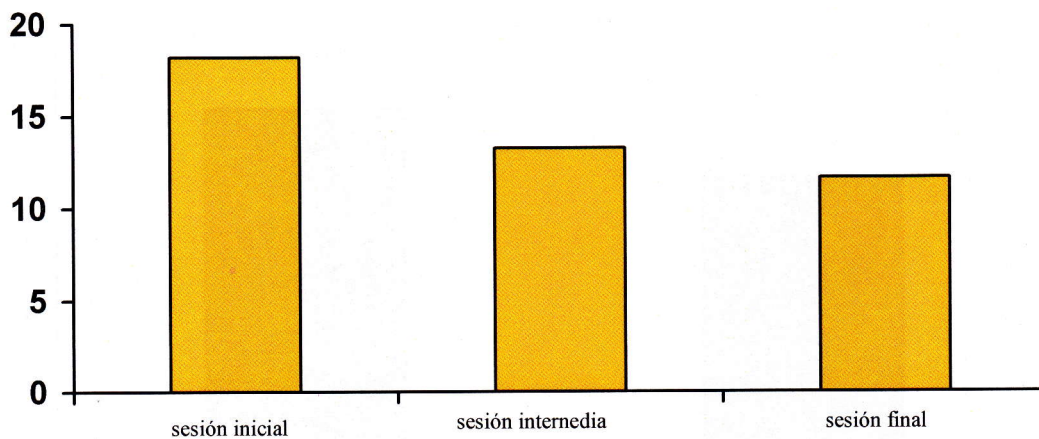


Gráfico 4

Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable ira, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 6,639; p<0,05)

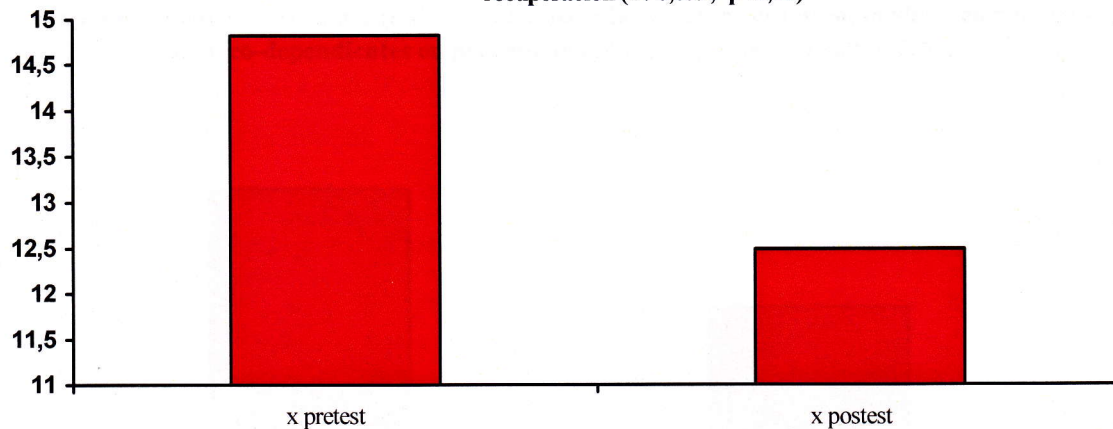


Gráfico 5

Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable fatiga, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 9,595; p<0,01)

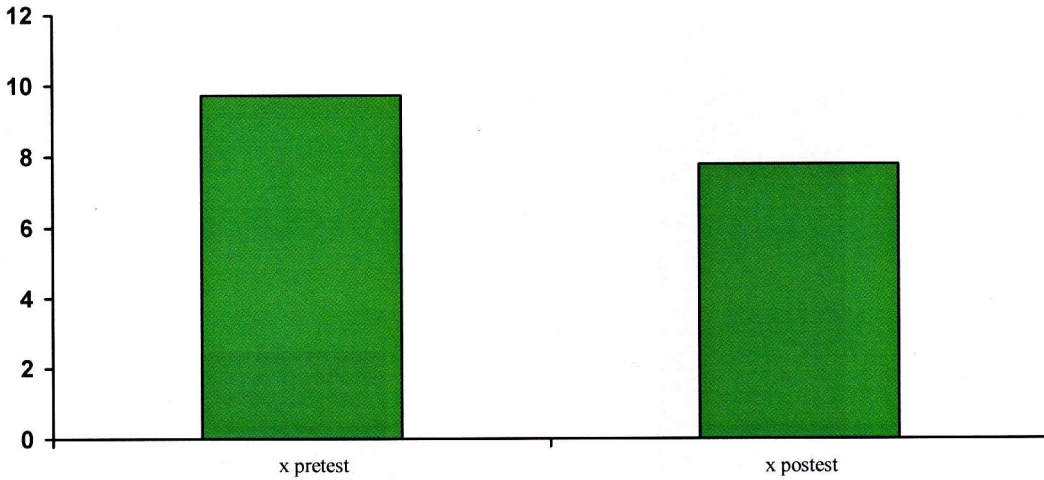


Gráfico 6

Comparación entre mediciones (efecto agudo) para la variable confusión, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 14,680 p<0,01)

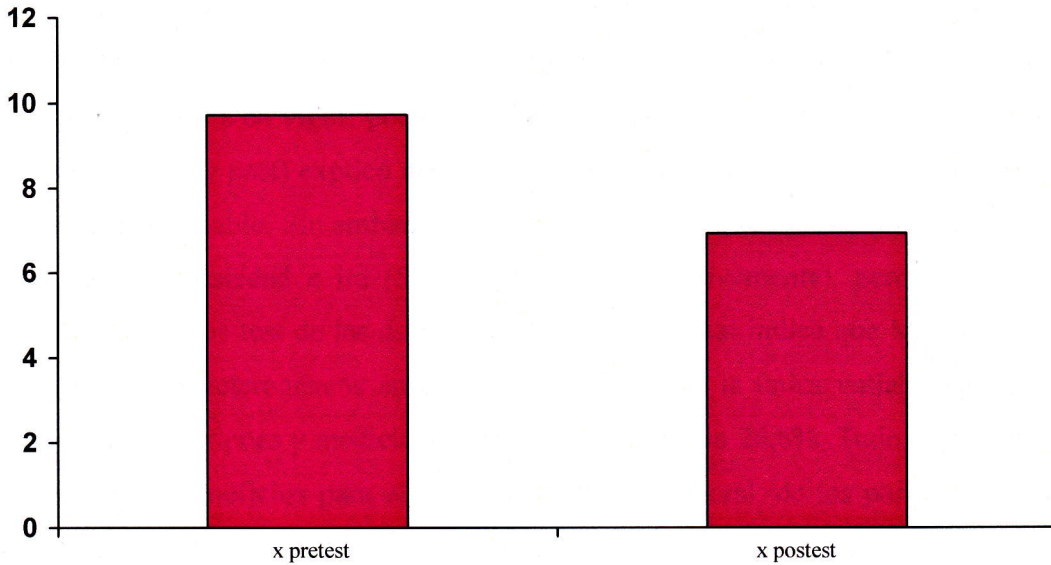
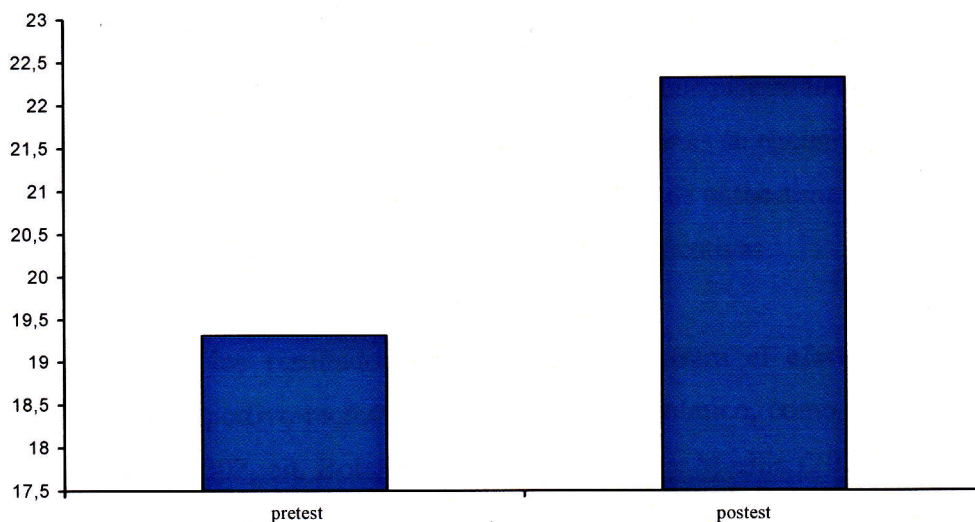


Gráfico 7

Efecto de mediciones (efecto agudo) para la variable vigor, medida en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación (F: 23,4; p<0,01)



El efecto de las diferencias entre mediciones (pre y post) sobre la ansiedad fue de un 56,2% de varianza explicada (coeficiente eta al cuadrado multiplicado por 100), mientras que en las otras variables fue de 70,9% en depresión, 35,6% en ira, 44,4% en fatiga, 55% en confusión y 66,1% en vigor; por tanto se puede observar que el efecto de las diferencias entre mediciones (pre y post) explicó más varianza en depresión. O sea que existió efecto agudo más fuerte en esa variable. Sin embargo, las únicas variables que muestran un efecto crónico (entre sesiones) son ansiedad e ira (57,1% y 23,3% respectivamente), pero la ira mostró mucha variabilidad en los test de las dos sesiones finales, lo cual indica que los efectos obtenidos en los sujetos son heterogéneos en esta variable. Además la única variable que tuvo un efecto crónico (entre sesiones y mediciones) fue ansiedad con un 26,6%. Todo esto indica que, si bien se obtuvieron beneficios para el estado anímico en general, de los participantes, esos efectos son más importantes para ansiedad y depresión.

Capítulo V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se aplicó un programa de actividades deportivo-recreativas para determinar su efecto sobre los estados de ánimo, autoestima y condición aeróbica en personas fármaco dependientes en proceso de recuperación, dentro de una comunidad terapéutica situada en San Pablo de Heredia, Costa Rica. Los datos analizados muestran efectos positivos significativos en los seis factores de estados anímicos estudiados (ansiedad, depresión, ira, fatiga, confusión y vigor) de una forma aguda; además se encontraron efectos significativos de forma crónica en ansiedad, no así con las variables de autoestima y condición aeróbica donde si bien existieron mejoras sobre estas, no fueron significativas.

Según los resultados obtenidos, se demuestra el efecto positivo de programas de actividades deportivo-recreativas sobre el estado anímico, como lo estudiado por otros autores como Díaz (2002, cit. Bolaños y Elizondo, 2003) y Morilla (2001) que utilizaron la actividad física como tratamiento; además el caso de Orlick (1995), citado por Bolaños y Elizondo (2003) que lo hizo por medio de juegos.

Así mismo, existen evidencias específicas que registran la eficacia del ejercicio y el deporte para el mejoramiento de diversos factores emocionales del ser humano, por lo que puede ser aplicado a un tratamiento de psicoterapia a través del movimiento (Becker, 1998, citado por Barboza, Mora, Mena y Mora, 2003). De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación del programa se encontró que la actividad física constituye una herramienta para reducir los niveles de ansiedad. En este aspecto se comparte la posición de Petruzzello (1991), citado por Barboza, Mora, Mena y Mora (2003), que indicó que la actividad física está asociada con la reducción de la ansiedad independientemente de la edad, así como Morilla que dice que esto puede ser de una forma aguda y crónica, como lo fue con el estado anímico de ansiedad.

Estas investigaciones coinciden con la posición de Pant (1994) que mencionó que la actividad da la posibilidad de crear un vínculo social que supone beneficios no solo a nivel

físico sino a nivel psíquico; es evidente que la reducción de ansiedad es un beneficio psíquico. Las siguientes hipótesis podrían explicar la mejora de estados anímicos por medio de actividades como las utilizadas:

Hipótesis de la distracción que menciona que la distracción que produce la actividad física, de los eventos estresantes, más que la propia actividad en sí, aleja la atención de los sujetos de sus problemas y puede ser que eso disminuya su estado de ansiedad (Bouchard, 1994, citado por Bolaños y Elizondo, 2003). No obstante, esto implica que cualquier actividad, sea ejercicio físico o no, podría ser un distractor. Pero esto no ha tenido respaldo fuerte de la evidencia científica, dado que la práctica de ejercicio o de actividades físicas lúdicas, además de distraer a quien las practica, produce la activación de diversos mecanismos psicofisiológicos en el organismo, los cuales podrían explicar los efectos de estas actividades, a nivel emocional y cognoscitivo.

La **hipótesis de las endorfinas** menciona que el ejercicio estimula la liberación de algunas sustancias que están asociadas con reducciones de la sensación de dolor y producción de sentimientos de euforia (Dishman, 1993; Oconor, 1998 y cols; Díaz, 2002; todos citados por Bolaños y Elizondo, 2003). No obstante, las actividades del programa aplicado no eran muy intensas, por lo que los mecanismos de liberación de endorfinas no se verían muy estimulados en este caso y no vendrían a ser una explicación adecuada para los resultados.

Según la **hipótesis termogénica**, la actividad física de cierta intensidad, provoca aumentos en la temperatura corporal, lo que a su vez, ocasiona estados anímicos positivos. Algunas de las actividades del tratamiento requerían de esfuerzo físico de moderada intensidad como correr, caminata rápida, trotar entre otras; estas actividades provocan un aumento en la temperatura lo cual estimula liberación y síntesis de algunas monoaminas cerebrales (Morgan y O'Connor, 1988; Díaz, 2002; todos citados por Bolaños y Elizondo, 2003).

La **hipótesis de dominio**, explica que al dominarse cierta actividad física se producen efectos sobre el estado de anímico (Motl, Berger y Leuschen, 2000; citado por Díaz, 2002)

(citado por Bolaños y Elizondo, 2003). Esta hipótesis podría aplicarse más a los resultados de este estudio, considerando la necesidad de los participantes de recuperar su funcionalidad normal, desarrollando actividades que pueden completar con éxito, que son gratificantes y que les estimulan a mantener más actividad física cotidianamente.

* Los estados de ánimo son sentimientos, efímeros en su naturaleza que varían en intensidad y duración y usualmente envuelven más de una emoción (Lane y Terry, 2000, citado por Bolaños y Elizondo, 2003). Es por esta razón que se podría explicar la variabilidad de resultados que se obtuvo por medio del programa en cada una de estas variables. Sin olvidar que generalmente los estados de ánimos son considerados más suaves y de menor duración que las emociones, además de ser dependientes de muchos factores de variable duración, es quizás por esta razón que el tratamiento influyó de forma diferente sobre los estados de ánimo estudiados.

Flores (1997, cit. Montes de Oca y Romero, 2003) es otro autor que confirma que los programas de ejercicio físico son eficaces para aliviar los síntomas depresivos y las quejas subjetivas; el ejercicio regula y ayuda a afrontar los episodios de estrés, depresión, y ansiedad. Morilla (2001) hace referencia al ejercicio como un aspecto positivo de la psicología de la salud; además este autor menciona estudios de Plante y Rodin (1990); Biddle y Mutrie (1991); Campell (1992) y Blasco (1997) que corroboran los efectos saludables del ejercicio previniendo la aparición de trastornos como la ansiedad, depresión y estrés, facilitando el tratamiento de los mismos. El estado anímico y sus componentes interfieren de manera directa sobre la salud mental y tiene un estrecho vínculo, por tanto, con la calidad de vida (Díaz, 2002, citado por Bolaños y Elizondo, 2003).

Con respecto a la autoestima, esta es un componente psicológico muy importante a nivel de la salud. Se ha estudiado su relación con el funcionamiento integral del sujeto, por ejemplo a nivel cognoscitivo. Así por ejemplo, se ha encontrado influencia mutua entre esta y el rendimiento escolar, de forma que los niños con mayor autoestima muestran mayores niveles de aprendizaje en la escuela (Omeñaca y Ruiz, 1999; citado por Céspedes, Madrigal y Ovares,

2004). Esto es un ejemplo de la importancia de la autoestima para facilitar los procesos mentales y físicos del individuo.

La autoestima por lo tanto no es un fenómeno aislado, es un proceso que se cultiva desde la infancia y puede continuar con nosotros hasta la muerte (Ballesteros, 1999, citado por Montes de Oca y Romero, 2003). Depende de cada individuo y del contexto en que se desarrolle, ya sea este su entorno familiar, laboral, o comunal. El programa utilizado mejoró los estados de ánimo, pero la autoestima no fue impactada significativamente. Es posible que esto se deba a que la autoestima es afectada por otros procesos y es posible que se requiera entonces de un programa más extenso, para obtener beneficios, pero que también sea psicoterapéutico, dadas las características de esta población, donde el individuo aprenda a releer su historia de vida, además de mejorar su programa de actividades físicas.

Una de las hipótesis, que podrían explicar el porque no existió una mejora significativa en la prueba Cooper (Lemura, Duvillard y Mookerje, 2000) dice que intensidades de entrenamiento menores al 40% podrían incrementar la capacidad física, y no así la condición aeróbica. Además, los beneficios fisiológicos dan un aumento significativo en el VO₂ máximo para aquellos sujetos capaces de mantener intensidades altas de entrenamiento (Lemura, Duvillard y Mookerje, 2000; citados por González, Prado y Ramírez 2004). El programa aplicado no tuvo una intensidad fuerte, dado el tipo de actividades lúdicas que se aplicaron, donde incluso no era posible controlar la intensidad de esfuerzo. Ahora bien, a pesar de no lograrse cambios a nivel de condición física, un programa como éste puede impactar positivamente a nivel psicológico, especialmente en los estados de ánimo, lo cual es un ámbito muy importante, para la calidad de vida de las personas con problemas de adicción a las drogas. Por tanto, las actividades físicas lúdicas, organizadas como un programa complementario al tratamiento terapéutico, pueden funcionar como recurso potencializador de los beneficios a nivel psicosocial y, por ende, sería importante seguirlos implementando más sistemáticamente en los centros de atención de personas adictas en proceso de recuperación.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

1. Se demostró que un programa de actividades deportivo-recreativas realizadas durante dos meses, dos veces por semana, con una duración de noventa minutos por sesión, no ayudó a mejorar de forma significativa la condición aeróbica en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.

2. Se demostró que un programa de actividades deportivo-recreativas realizadas durante dos meses, dos veces por semana, con una duración de noventa minutos, por sesión, no ayudó a mejorar de forma significativa la autoestima en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.

3. Se demostró que un programa de actividades deportivo-recreativas realizadas durante dos meses, dos veces por semana, con una duración de noventa minutos por sesión, ayudó a mejorar de forma aguda en estados anímicos como depresión, ira, fatiga, vigor y confusión y de una forma aguda y crónica en el componente de ansiedad, en personas fármaco-dependientes en proceso de recuperación.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

1. Sería importante realizar esta misma investigación con mayor cantidad de personas que sufran de esta enfermedad.
2. En una población más numerosa sería importante tener un grupo control el cual no recibiera tratamiento para que se pudiera así, fortalecer el diseño del estudio, lo cual no fue posible en este trabajo, dadas las características de la institución abordada.
3. Tratar que las actividades, sean realizadas más de dos veces por semana, para mejores resultados.
4. Es necesario tratar de incluir la actividad física, el deporte y la recreación, dentro del tratamiento de personas con fármaco-dependencia a nivel nacional, ya que se demuestra que estas personas podrían tener efectos positivos importantes.

BIBLIOGRAFÍA

- AGECO (1988) .Algunos consejos prácticos en la tercera edad. San José
- Agüero, J. (1993) Cambios fisiológicos en personas mayores de 60 años inducidos por un programa de actividad física. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Alvarado, J. (2000). Preferencias recreativas de los estudiantes del Colegio de Santa Ana. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Aragón, L. y Salas, X. (1996). Factores de Envejecimiento Físico-Funcional y Psicosocial que presentan las personas mayores de 60 años pertenecientes al Cantón Central de San José. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Arias, F. (2001) Diplomado en Consejería de drogadependientes. (Área terapeuta, área educativa) Medellín, Colombia.
- Armenta. R. (1993) Deporte y Salud. 2 (3) pag 131-136
- Barbieri, A. y Papis, O. (1993). Terminología técnica constructiva de los deportes. Buenos Aires: CP67.
- Barboza, C. Mena, H. Mora, T. y Mora, V. (2003). Desarrollo y valoración de un programa de baile popular para determinar sus efectos sobre el estado anímico del adulto mayor. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Barboza, M. (1998). Cardiología asegure su Corazón. Colegio de Médicos de Costa Rica. Edición 28 de agosto, pag 14.

Beal, R. (1988). Dance for the Older Adult. Focus on Dance. XI. Reston. Virginia. USA.

Bejarano O. J. (1994). Las drogas. San José, Costa Rica: EUNED

Belloch. A. Sandi, B. y Ramos, F (1996). Manual de Psicopatología. Vol. 2. España: Editorial Mc GrawHill.

Bellooch, A. (1995). Manual de Psicopatología. Editorial Española.

Berger. B. (1989). Exercice Psique et Reduction du Streess. Sciense et Motricité 3: 25-29

Blascovisch, J. y Tomaka, J. (1991). Measures of Personality and Social Psychological attitudes. California: Academic Press Inc. 115-160.

Blazer.D. (1989). Síndromes depresivos en geriatría. Barcelona, España: Ediciones DOYMA.

Bolaños B. A y Mora, M (1999). Actividad Física Recreativa y estado emocional que presentan los adultos mayores de 55 a 75 a los de edad de dos grupos gerontológicos del área central. Heredia, Costa Rica. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Bolaños, A. y Elizondo N. (2003). Efecto de una jornada de actividades físico-recreativas sobre los estados anímicos y el bienestar laboral en trabajadores de una empresa de telecomunicaciones. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Boyd, K. y Hrycaiko, D. (1997). The effect of a physical activity intervention package on the self-esteem of pre adolescent and adolescent. Adolescence. Winnipeg: 32 (127):693-708

Carnes, P. (2001), Facing the Shadows. Arizona: Editorial Gentle Path Press

Carroll, M. (1989). Cuidados de Enfermería Individualizados en el Anciano. Barcelona. España: Ediciones DOYMA.

Castillo, C. (1978) Las Drogas. Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica. Escuela de gimnasia y cultura física. Cátedras de psicología del deporte y la educación física, medicina deportiva, documento no publicado.

Calvo, A y Ruíz, L. (2001) Las estrategias para la prevención formuladas y ejecutadas por el IAFA en relación con las características del consumo de drogas entre 1975-2000. Tesis de Licenciatura. en Sociología Universidad de Costa Rica. San José. Costa Rica.

Clark, S. Chems, A. y Bean, G. (1993). Como desarrollar la Autoestima en los Adolescentes. Primera Edición. Editorial debate S.A.

Céspedes, J. Madrigal, G y Ovares, C (2003). Elaboración e implementación de un manual de actividades físico-recreativas tendiente a mejorar el desarrollo socioemocional (autoestima y conductas agresivas en niños abandonados de 9 a 12 años de edad de Asociación Roble Alto. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Coni, N. Davison, W. y Webster, S. (1990). Geriatría. 3 Edición. México D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Diccionario básico de lengua española (Norma), (1996) Editorial Norma.

Diccionario de psicología, (1976) Barcelona, España: Editorial Herder S.A.

Diccionario de psicología, y psicoanálisis (1976) Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

- Driver, B.L. and Bruns (2003) Beneficios de la recreación. III Simposio Nacional de investigación y formación en recreación.
Disponble en: www.funlibre.org/encurso/simposio3if/beneficios.htm
Fecha de visita: octubre 2003.
- Dulit, R. Fyer, M. Haas, G. (1990) Substance use in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 147: 1002-1007.
- Fallas, L. (2001). Auto concepto general y autoconcepto físico en personas físicamente activas y sedentarias en combinación con el género. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Fernández. R. y Pirillos, J. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez. Barcelona España: Ediciones Martínez Roca. S.A.
- Fitts, W. (1965). Manual: Tennessee Self Concept Scale. Tennessee: Counselor Recordings & Tests
- Galanter, M. (1999) Textbook of Substance Abuse Treatment. 2º ed. Washington: Editorial The American Psychiatric Press
- García, E. (1994). Actividad física adaptada a tercera edad. España: Unisport
- García, M. (1986) La actividad física en la lucha por un objetivo final y real: Rehacer jóvenes drogadictos y/o delincuentes. Málaga, España: UNISPORT
- Gerstley, L. Alterman, A. Mcllellan, A. (1990) Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? Am J Psychiatry 147: 173-178.

- González, E; Prado, E y Ramírez, M.A. (2003). Efectos de un programa de ejercicio de baja intensidad en el estado anímico cognitivo y físico en adultos mayores. Tesis sometida a consideración para optar por el título de licenciado. Heredia, Costa Rica.
- Káiser, F. (1993). Clínicas de Medicina Geriátrica. Interamericana McGraw Hill. México.
- Keesler, RC. Crumb, Warner, LA. (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 54:313-321.
- Kirkcaldi, B. Shepard, R. y Siefen, R. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behavior among adolescents. Adolescence. Duesseldorf: 37 (11): 544-50
- Knablanck, J. (1993). Psýchoologica spokte vanbewegung y spostinder rehabilitation in hetal. 5: 217-225 U.S.A.
- Kraus, R. (1978) Recreation and leisure in modem society . California: Goadyear Publishing.
- Lipkin, G. (1989). Cuidados de Enfermería en Pacientes con Conductas Especiales. Barcelona, España: Ediciones DOYMA.
- Maier, W. Lichtermann, D. y Minges, J. (1995b) The relationship between bipolar disorder and alcoholism: a controlled family study. Psychol Med 25:787-796.
- Maños, Q. (1998). Animación Estimulativa para personas Mayores Discapacitadas. Barcelona España: Editorial Claret.
- Mash, H. (1993). Academia self-concept: theory measurement and research. Psychological perspectives on the self. 4: 59-98

- McNair, D.M. Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). Manual for the profile of mood states. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.
- Meneses, M y Monge, M. (1996) La Patología Social y las Actividades Físicas y Recreativas. Revista Costarricense de Salud Pública. Pág: 17 a la 27.
- Mietzel. G. (1976). Psicología Pedagógica. Barcelona España: Editorial Herder.
- Montes de Oca, F y Romero, R. (2003). Acondicionamiento Físico, funciones cognoscitivas y estado anímico, según el nivel de práctica de actividad física de hombres y mujeres adultos mayores costarricenses. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.
- Moreira. R. (1993). Efectos Crónicos y Agudos de Ejercicio en los Procesos Cognoscitivos. Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Morilla, M. (2001) Beneficios psicológicos de la actividad física y del deporte. Revista digital Buenos Aires. (No. 43) URL: www.efdeportes.com/
- Muñoz, J. (2001) Actividad física deporte y recreación. (www. Tiquicia.com) Costa Rica.
- Murphy, G. Wetzel, R. Robins, E. (1992) Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 49: 459-463.
- Pant, P. (1994). Tercera edad y actividad física y salud. España: Editorial Paidotribo.
- Peterson, R. (1993). El Camino por Reconocer. Madrid, España: Editores EDAFSA.

Pont, P. (1996). Tercera Edad. Actividad Física y Salud. 3era Edición. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.

Prieto, Q. (1997). Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana, Cuba: Instituto cubano del Libro.

Regier, D. Farmer, ME. y Rae, DS. (1990) Co morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, JAMA 264:2511-2518.

Reynaga, E. (2001). Actividad física y salud mental. Revista digital efdeportes.com N0 47, Buenos Aires, Argentina. URL: www.efdeportes.com/

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sáenz, N. (1989). Acción Socio Educativa en la Tercera Edad. Barcelona, España: Ediciones CEAC.

Salgado, A. (1994). Manual de Geriatria. 2da Edición. Barcelona, España: Ediciones Científicas y Técnicas. S.A.

Salgado, A y Guillén, F (1994) Manual de geriatria. 2da Edición. España. Ediciones Científicas y Técnicas S.A

Sanabria, I. (1995) Meta-análisis sobre los efectos del ejercicio en parámetros cognoscitivos. Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Seda, J. (1973) Recreación parar la vida. Costa Rica. Talleres de Artes Gráficas del Departamentro de Instrucción Pública.

Schunk, D. (1997). Teorías del aprendizaje. México: Prentice Hall.

Shaveltonson, R. Hubner, J. y Stanton G. (1976). Validation of construct interpretations. Review of educational Research. 46, 407-441

Solís, J. (1998). Autoestima, autoconcepto y salud mental. Disponible en:
www.uv.mx/Invesigacion/inv_psico/revista/revo713.htm. Fecha de visita: octubre 2003.

Solórzano, A. Morera, M y Víquez, C. (1983) Aspectos sociales, económicos, y políticos del deporte en Costa Rica. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Sonstroem, R. (1998). Physical Self Concept: Assessment and external validity. Exercise and Sport Sciences Reviews. 26: 133-164

Strejilevich, M. (1987). Temas de Psicogeriatría. Argentina: Ediciones 1919.

UNESCO. (1999). Revista Peddro. #3-4 Editorial UNESCO.

- a) ¿Son antagónicos el noble deporte y la peligrosa toxicomanía?
- b) Antagonismo entre placer y prevención: la solución del deporte.
- c) Experimentos corporales e inserción.
- d) “Actividades físicas y terapias sociales”. Los ejes conductistas de la investigación norteamericana. Entrevista con Michel Caouette.
- e) Consolidar las solidaridades básicas y desarrollar el autocontrol. La experiencia de Santiago de Chile.
- f) Vínculo social y juego. Un testimonio de África Occidental
- g) “Deporte contra droga”, cooperación internacional para la prevención mediante el deporte.

- h) Pasión por el riesgo. “El deporte es un medio indirecto para conducir al joven al centro de su propia existencia”.

Universidad Nacional, Universidad Utrecht. (2000) Educación para la paz en el contexto rural. EUNA.

Ureña. P. (1996). Práctica Deportiva y Salud. Perspectiva Psicológica. 1era Edición. Heredia, Costa Rica: Publicaciones: UNA

Ureña, P. (1997) Autoconcepto físico y sensaciones posteriores al ejercicio en estudiantes colegiales de ambos sexos. Revista de Ciencias del Deporte. 1: 21-33.

Valerín, J y Sánchez, D. (2003). Efecto de un programa de actividad física –recreativa en el auto concepto físico y general, la práctica de la actividad física en el tiempo libre y la auto eficacia para la practica de la actividad física de adolescentes de colegio urbano marginal. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Valverde, J. (1994) La actividad física para sujetos toxicómanos en rehabilitación. Apunts (38):104-108

Vargas, J y Zúñiga, C. (1997). Motivos de ingreso y estado emocional post ejercicio en personas entre 20 y 40 años que asisten a gimnasios. Estudio piloto no publicado para la Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica: Johnny Vargas y Carlos Zúñiga.

Vargas, J. y Zúñiga, C. (2004). Motivos que podrían llevar a la deserción en los gimnasios ubicados en la ciudad de Heredia, desde la perspectiva de los administradores, instructores y usuarios. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Webber, M. (1962) Relations between the social physical environment health. In trends in America living and outdoor recreation, of the report of the outdoor recreation resources review commission. Washington, D. C. Government Printing office 22:244

Weissman, MM.; Bland, RC. y Canino, GJ. (1996) Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 276:293-299.

Wilmore, J. y Costill, D. (1999). Fisiología del esfuerzo y el deporte. Barcelona: Paidotribo.

ANEXO I

TEST DE ROSENBERG (1965)

Datos Generales:

Nombre / Número del sujeto: _____ Fecha: _____

La escala es 4=Fuertemente de acuerdo, 3=De acuerdo, 2=En desacuerdo y 1=Fuertemente en desacuerdo.

ESCALA DE ROSENBERG

Por favor conteste a la escala siguiente, marcando con X, en una de las casillas de la derecha, correspondientes a cada ítem. No hay respuestas correctas. Solo debe contestar honestamente, según lo que usted piensa de sí mismo. Para cada ítem, escoja solo una de las opciones. Tenga cuidado de no dejar algún ítem sin contestar.

Fuertemente De acuerdo En Fuertemente
de acuerdo desacuerdo en desacuerdo

Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás.

Anexos

Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.

Me inclino a sentir que soy un fracaso.

Soy tan hábil para hacer las cosas, como las demás personas.

Siento que no tengo mucho de qué enorgullecarme.

Yo tomo una actitud positiva hacia mí mismo.

Por encima de todo, yo estoy satisfecho conmigo mismo.

Yo desearía tener más respeto por mí.

Me siento inútil a veces.

A veces pienso que no soy tan bueno.

ANEXO 1

TEST DE ROSENBERG (1965)

Datos Generales:

Nombre / Número del sujeto: _____ Fecha: _____

La escala es 4=Fuertemente de acuerdo, 3=De acuerdo, 2=En desacuerdo y 1=Fuertemente en desacuerdo.

ESCALA DE ROSENBERG

Por favor conteste a la escala siguiente, marcando con X, en una de las casillas de la derecha, correspondientes a cada ítem. No hay respuestas correctas. Solo debe contestar honestamente, según lo que usted piensa de sí mismo. Para cada ítem, escoja solo una de las opciones. Tenga cuidado de no dejar algún ítem sin contestar.

	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo
--	---------------------------	------------	------------------	------------------------------

Yo siento que soy una persona de importancia, al menos tanto como la que tienen los demás.

Yo siento que tengo una cantidad de buenas cualidades.

Me inclino a sentir que soy un fracaso.

Soy tan hábil para hacer las cosas, como las demás personas.

Siento que no tengo mucho de qué enorgullecerme.

Yo tomo una actitud positiva hacia mí mismo.

Por encima de todo, yo estoy satisfecho conmigo mismo.

Yo desearía tener más respeto por mí.

Me siento inútil a veces.

A veces pienso que no soy tan bueno.

ANEXO 2
POFILE OF MOOD STATES (POMS):
Test de McNair, Lorr y Droppleman (1971)
 Adaptación preparada por el prof. Gerardo A. Araya Vargas, M.Sc.

Datos Generales:

Nombre / Número del sujeto: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

En la siguiente lista, aparecen algunos sentimientos que pueden tener la gente. Por favor, lea la lista cuidadosamente y luego, seleccione un número de los que aparecen a la derecha de cada sentimiento. Elija el número que describa mejor cómo se siente usted con respecto a cada sentimiento (tome en cuenta el valor que tiene cada número en la escala que se encuentra abajo). No hay respuestas correctas o incorrectas. Simplemente conteste de acuerdo a **CÓMO USTED SE SIENTE EN ESTOS MOMENTOS.**

Interpretación de la escala numérica:

0=Nada 1=Un poco 2=Moderadamente 3=Bastante 4=Extremadamente

1) Amistoso.....	0 1 2 3 4	34) Nervioso.....	0 1 2 3 4
2) Tenso.....	0 1 2 3 4	35) Desamparado.....	0 1 2 3 4
3) Enojado.....	0 1 2 3 4	36) Miserable.....	0 1 2 3 4
4) Agotado.....	0 1 2 3 4	37) Confundido.....	0 1 2 3 4
5) Infeliz.....	0 1 2 3 4	38) Alegre.....	0 1 2 3 4
6) Consciente.....	0 1 2 3 4	39) Amargado.....	0 1 2 3 4
7) Animado.....	0 1 2 3 4	40) Exhausto.....	0 1 2 3 4
8) Confuso.....	0 1 2 3 4	41) Ansioso.....	0 1 2 3 4
9) Arrepentido por las cosas hechas...	0 1 2 3 4	42) Agresivo.....	0 1 2 3 4
10) Inestable.....	0 1 2 3 4	43) Educado.....	0 1 2 3 4
11) Apático, sin ganas.....	0 1 2 3 4	44) Desalentado.....	0 1 2 3 4
12) Irritado.....	0 1 2 3 4	45) Desesperado.....	0 1 2 3 4
13) Considerado.....	0 1 2 3 4	46) Perezoso.....	0 1 2 3 4
14) Triste.....	0 1 2 3 4	47) Rebelde.....	0 1 2 3 4
15) Activo.....	0 1 2 3 4	48) Abandonado.....	0 1 2 3 4
16) A punto de estallar.....	0 1 2 3 4	49) Cansado.....	0 1 2 3 4
17) Malhumorado.....	0 1 2 3 4	50) Perdido.....	0 1 2 3 4
18) Melancólico.....	0 1 2 3 4	51) Alerta.....	0 1 2 3 4
19) Lleno de energía.....	0 1 2 3 4	52) Engañado.....	0 1 2 3 4
20) Lleno de pánico.....	0 1 2 3 4	53) Furioso.....	0 1 2 3 4
21) Sin esperanza.....	0 1 2 3 4	54) Eficiente.....	0 1 2 3 4
22) Relajado.....	0 1 2 3 4	55) Confiable.....	0 1 2 3 4
23) Despreciable.....	0 1 2 3 4	56) Lleno de ánimo.....	0 1 2 3 4
24) Rencoroso.....	0 1 2 3 4	57) De mal genio.....	0 1 2 3 4
25) Simpático.....	0 1 2 3 4	58) Sin valor.....	0 1 2 3 4
26) Incomodo.....	0 1 2 3 4	59) Olvidadizo.....	0 1 2 3 4
27) Intranquilo.....	0 1 2 3 4	60) Despreocupado.....	0 1 2 3 4
28) Desconcentrado.....	0 1 2 3 4	61) Aterrorizado.....	0 1 2 3 4
29) Fatigado.....	0 1 2 3 4	62) Culpable.....	0 1 2 3 4
30) Cooperador.....	0 1 2 3 4	63) Vigoroso.....	0 1 2 3 4
31) Molesto.....	0 1 2 3 4	64) Inseguro de las cosas.....	0 1 2 3 4
32) Desanimado.....	0 1 2 3 4	65) Hecho polvo.....	0 1 2 3 4
33) Resentido.....	0 1 2 3 4		

ANEXO 3

Explicación de juegos, actividades y ejercicios utilizados en el Programa de actividades deportivo recreativas.

Duración: 90 minutos, por sesión.

Relevos.

Se formarán dos equipos en hileras estos deberán seguir las reglas antes establecidas.

1. Se pasará un balón uno por uno, arriba de la cabeza y el último pasara adelante para llegar lo más rápido posible al otro lado.
2. Con espalda a la línea a la cuál deben llegar salir pasando un pelota por medio de los pies así hasta llegar a la otra línea.
3. Se darán 7 pelotas a cada grupo; este deberá estar acostado y juntos deberán rodar para llevar la pelota sobre y consecuentemente al otro lado, luego se podrán levantar a repetir la acción hasta terminar con todas las pelotas.
4. Se colocarán todos juntos deberán uno por uno de sus compañeros alzados al otro lado donde deberán permanecer y el último llegará a la línea corriendo solo.
5. Se colocarán en hileras de espalda a la otra línea ellos uno por uno deberán salir corriendo hacia atrás en media cancha se volverán a correr de frente, llegarán a otra línea y se devolverán de la misma forma.
6. A máxima velocidad sale una persona llega a la línea y se devuelve a tocar la mano para que salga su compañero.
7. Igual que la otro actividad sólo que deberán pasar entre conos.
8. Carreras de sacos, dos grupos salen y devuelven hasta las líneas indicadas, para que salga su compañero gana quien termine primero la acción.
9. En dos equipos formando dos hileras, cada uno con bombas deberá, salir y sentarse en una silla para tratar de estallar su bomba y luego devolverse para que su compañero pueda salir.
10. En la misma posición que el otro ejercicio, todos los miembros de un equipo deberán de llevar a todos sus compañeros una vez al otro lado de la cancha de baloncesto y de igual manera deberán de regresar a todos a mismo lugar de salida, alzándolos, gana el equipo que termine primero.

Juegos

1. Pulpo.

Objetivo del juego: una persona en la mitad de la cancha de baloncesto dice la palabra pulpo, para que sus compañeros traten de pasar al otro lado sin ser tocados por el mismo. Las personas que son tocadas deben ayudar al compañero del centro agarrados de las manos.

Variantes.

1.1 Las personas tocadas pasan al centro para ayudar al compañero, pero cada uno suelto.

1.2 Las personas tocadas se que dan en el lugar donde las tocaron y deben sentarse y en esa posición ayudar a seguir tocando.

2. Fútbol en círculo.

Objetivo del juego: en un círculo formado por las personas y una persona en el centro de este, se trata de sacar la bola por entre las piernas, o los costados.

3. Monito con manos

Objetivo del juego: en círculo los participantes se pasan el balón mientras la persona del centro intenta agarrarla en el aire.

4. Monito con los pies

Objetivo del juego: en círculo los participantes se pasan el balón mientras la persona del centro intenta tocar la bola con los pies.

5. Dominio con el pie sin dejarla caer

Objetivo del juego: con un balón de fútbol, con cualquier parte del cuerpo con excepción de los brazos, la bola no debe caer al suelo

6. Cuadritos.

Objetivo del juego: en parejas uno en cada cuadro, los participantes deben tratar de que el balón pique una vez para que su contrincante no la pueda devolver, o hacer que pique, varias veces en el otro cuadro, para hacer una anotación, (todo esto con las palmas de las manos) así también si la bola no picara en el otro cuadro.

7. Fútbol tenis.

Objetivo del juego: es una variante del juego anterior, solo que se juega con los pies.

8. Hombre, gorila, pistola.

Objetivo del juego: en dos grupos apartes los integrantes de estos se ponen de acuerdo para escoger ser uno de los seres mencionados en este juego, de tal modo que el hombre domine la pistola, está mate el gorila y este domine al hombre, el director indica los gestos para cada cosa y cuenta hasta tres para sacar al mismo tiempo, gana el grupo que suma más puntos.

9. Blancos y negros.

Objetivo del juego: en dos grupos apartes los integrantes, tendrán un color ya sea blanco o negro, el director del juego debe decir un color para que estos persigan a los del otro color hasta un limite don de ya no los podrá tocar.

10. La casa del zorro.

Objetivo del juego: en parejas se colocan frente a frente agarrados de los brazos, para formar las casas estas estarán repartidas en el espacio correspondiente, hay una persona que es el zorro y tratara de no ser tocado por el cazador entrando a una casa, otro podrá tomar el lugar del zorro al tocar a compañero en la cabeza dentro de una casa, si el cazador toca el zorro este tomara su lugar.

11. El tercero sale sobrando

Objetivo del juego: en parejas formando hileras, separadas en todo la cancha de baloncesto, habrá una persona que debe tocar a otra pero se podrá salvar al colocarse atrás de la hilera para que el de adelante salga, si el compañero lo toca se invierten papeles.

12. Quitarle la cola al zorro

Objetivo del juego: dos grupos formados en hileras, con pañuelo que lleva el último de la hilera, cada grupo intentará en el tiempo indicado, coger el pañuelo de los contrarios sin soltarse.

13. Pases peleados

Objetivo del juego: formando dos grupos cada uno de estos buscan hacer la mayor cantidad de pases, sin dejar caer el balón, solo se puede ganar la pelota en el aire y los pases entregados no valen, solo se tiene derecho a utilizar el pie pivot cuando se tiene el balón.

14. El nudo

Objetivo del juego: en una formación de círculo, los participantes abren sus brazos, manteniendo los ojos cerrados, estos buscan agarrar una mano para dar inicio al juego, en el cuál uno de ellos debe de hallar la forma de deshacer el nudo.

15. Fútbol escoba

Objetivo del juego: se trata de hacer la mayor cantidad de goles, jugando con escobas y un terreno delimitado.

16. Quedo

Objetivo del juego: el compañero deberá tratar de tocar algún compañero para que este continúe está acción

Variables

16.1 Quedo con bola

16.2 Quedo congelado: el compañero que congela deberá tocar a todos el que quede de último, podrá descongelar sus compañeros.

16.3 Quedo con bola, congelado.

16.4 Quedo submarino: solo que han uno que congela y dos que descongelan desde el principio. El que descongele deberá pasar por debajo de los pies para descongelarlo.

17. Jumping.

Objetivo del juego: se juega con un balón este deberá de ser agarrado y simultáneamente pasado a otro compañero para que este intente atraparlo sin que se caiga.

Sesión 1

Lo señalado entre paréntesis son repeticiones

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Salen y devuelven caminando. (6)	
En hileras se van trotando y se devuelven caminando. (6)	10 minutos
La misma actividad sólo que se devuelven trotando. (6)	
Juegos: Número 14	55 minutos
Numero 16	
Número 1.1	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balón	

Sesión 2

Lo señalado entre paréntesis son repeticiones

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: En hileras se van trotando y se devuelven caminando. (6)	10 minutos
Ahora se devuelven alzando las dos rodillas. (6)	
Salen haciendo caballito y se devuelven trotando. (6)	
Juegos: Número 8	45 minutos
Número 9	
Número 11	
Relevos: Número 1	10 minutos
Número 2	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balones	

Sesión 3

Lo señalado entre paréntesis son repeticiones

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Salen trotando y se devuelven galopando. (6) Se van trotando hacia un lado, se devuelven deslizando. (6) Se repite pero se desliza hacia otro lado. (4)	10 minutos
Juegos: Número 1.2 Número 2 Número 3	45 minutos
Relevos: Número 3	10 minutos
Número 4 Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balones	

Sesión 4

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: En hileras se van trotando y se devuelven caminando. (6) Ahora se devuelven alzando las dos rodillas. (6) Se van deslizando hacia un lado, se devuelven trotando. (6)	10 minutos
Juegos: Número 3 Número 4 Número 11	45 minutos
Relevos: Número 5 Número 6	10 minutos
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balón	

Sesión 5

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Salen y devuelven caminando. (6)	
Ahora se devuelven alzando tocando los talones. (6)	10 minutos
Se van trotando hacia un lado, se devuelven trotando. (6)	45 minutos
Juegos: Número 4 Número 5 Número 6	
Relevos: Número 2 Número 7	10 minutos
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balones, conos.	

Sesión 6

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: En hileras se van trotando y se devuelven caminando. (6)	
Ahora se devuelven alzando las dos rodillas. (6)	10 minutos
Salen haciendo caballito y se devuelven trotando. (6)	45 minutos
Juegos: Número 6 Número 7	
Relevos: Número 1 Número 8	10 minutos
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: sacos, balones.	

Sesión 7

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Formando una hilera se trota alrededor de la cancha, a la señal se hace caballito, o se galopa.	10 minutos
Actividad libre. (Escogida por los participantes) Se realizó un colectivo de fútbol, durante casi el resto de la sesión, a petición de los integrantes del tratamiento.	55 minutos
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balón de fútbol.	

Sesión 8

Actividades	Tiempo
Estas fueron realizadas en una piscina.	
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal. (Específico en natación).	15 minutos
Juegos: Número 16 Número 16.2 Número 16.3 Número 17	65 minutos
Relevos En grupos de dos hileras, cada integrante deberá de traer y llevar su tuquito correspondiente, durante dos veces todos, gana el equipo que concluya primero.	10 minutos
Materiales: tucos , balón.	

Sesión 9

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Salen trotando y moviendo los brazos a los lados y vuelven trotando. (4)	10 minutos
Salen caminando ida y vuelta. (2)	
Galopan subiendo los brazos y se devuelven trotando. (3)	
Juegos:	55 minutos
Número 10	
Número 12	
Número 13	
Relevos:	
Número 9	
Número 10	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: pañuelos, balón, bombas.	

Sesión 10

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Se va trotando moviendo los brazos cerrando y abriendo hacia delante. (6)	10 minutos
Se van trotando hacia atrás y se devuelve de frente. (4)	
Se van trotando hacia atrás y se devuelve a toda velocidad. (6)	
Juegos:	55 minutos
Número 13	
Número 15	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: escobas y balón plástico.	

Sesión 11

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Durante este día lo que se realizó fue un colectivo organizado de Kick Ball, con delimitaciones de reglas, adecuadas al lugar donde se desarrollo este predeportivo de béisbol, se debe de recalcar que no hubo ninguna actividad extra durante ese día ya que esa última fue muy bien acogida por los participantes.	75 minutos
Materiales: almohadillas, balón.	

Sesión 12

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento: Se van trotando hacia atrás y se devuelve a toda velocidad. (6) Se van trotando y se devuelven de la misma forma. (6) Se van y se devuelven a toda velocidad. (6)	10 minutos
Juegos: Número 16 Número 16.1 Número 16.4 Número 17	55 minutos
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balón	

Sesión 13

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento:	10 minutos
En hileras se van trotando al pitazo saltan cinco veces. (6)	
Ahora se devuelven alzando los talones. (6)	
Salen haciendo caballito y al pitazo se hacen jumping jack. (6)	
En está sesión lo que se realizó fue un partido de voleiball con todas sus reglas, después de una explicación breve de la técnica de varios delos fundamentos de este deporte, para que los participantes pudieran practicar estos mismos antes del colectivo para que este se pudiera desarrollar de una mejor forma	65 minutos
Materiales: balón de voeiball.	

Sesión 14

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento:	11 minutos
En hileras se van trotando y se devuelven trotando. (6)	
Ahora se devuelven en pique a máxima velocidad. (6)	
Salen haciendo caballito y se devuelven galopando. (6)	
Circuitos de ejercicios. Durante un minuto al ritmo de la persona. Estos se realizan en 6 ocasiones y tienen 30 segundos de descanso de un ejercicio a otro.	34 minutos
Jumping Jack.	
Abdominales	
Lagartijas a 45 grados en una pared.	
Trote de 15 metros	
Spring a máxima velocidad.	
Juegos:	
Número 1.1	20 minutos
Número 1.2	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales:	

Sesión 15

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Circuitos de ejercicios. Durante un minuto al ritmo de la persona. Estos se realizan en 4 ocasiones y tienen 30 segundos de descanso de un ejercicio a otro.	18 minutos
Trote de 15 metros	
Jumping Jack	
Spring a máxima velocidad	
Caminar	
Juegos:	47 minutos
Número 9	
Número 7	
Número 17	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balones	

Sesión 16

Actividades	Tiempo
Estiramiento de músculos, movimientos de articulaciones tanto individual como grupal.	15 minutos
Calentamiento:	10 minutos
En hileras se van trotando, al pitazo se hace tick tock. (6)	
Ahora se trota y se devuelve a máxima velocidad. (6)	
Salen haciendo caballito y se devuelven trotando. (6)	
Juegos: se escogió de forma democrática la actividad o juego que más les había llamado la atención. Este fue fútbol escoba	55 minutos
Número 15	
Ejercicios de respiración para relajar.	10 minutos
Materiales: balón plástico	