

Realidad y futuro de los ámbitos profesionales del profesor de Educación Física en Galicia

Iván Martínez Lemos

Licenciado en Educación Física

A la tradicional división de los ámbitos de estudio, investigación y práctica a los que está sujeto el profesional de la Educación Física, he querido introducir un nuevo motivo de reflexión que se traduce en una realidad profesional de gran relevancia y dilatada trayectoria científica: Las CC. de la Salud.

He hecho referencia a 5 actividades específicas que se corresponden con otros tantos grupos de población concretos, que aunque hoy no son más que un esbozo en nuestro país, en pocos años se incorporarán a nuestra realidad laboral y profesional. A los cinco les une el ámbito de las CC. de la Salud en que se enmarcan, pero en si, son realidades perfectamente diferenciadas.

Algunas de estas realidades se enmarcan en una opción preventiva respecto a la gestión de la salud comunitaria que, está demostrado, consigue unos beneficios en términos de ahorro y rentabilidad de los recursos sanitarios que la hacen más apropiada y preferible a la tradicional alternativa curativa, que sigue siendo todavía en demasiados casos, la única opción. En todas ellas subyace un elemento común que se me antoja poco tenido en cuenta hasta ahora, por lo menos desde la óptica profesional que defendemos como discurso ortodoxo los profesionales de la Educación Física, y es la necesidad del TRABAJO EN EQUIPO, multidisciplinar o como se le quiera llamar.

La *Balneoterapia*, es decir, el tratamiento de distintas afecciones a través de la utilización de manantiales de aguas con propiedades curativas, permite ofertar una actividad físico-deportiva y rehabilitadora, complementaria a la terapia por las aguas que en estos centros se oferta.

Galicia cuenta actualmente con 24 balnearios, repartidos de la siguiente manera: 9 en la provincia de Pontevedra, 3 en A Coruña, 8 en Orense, y 4 en Lugo. Muchos de ellos, sobre todo en la Provincia de Pontevedra son Hoteles, lo cual significa una mayor oferta de actividades perdurables todo el año. Sirva como ejemplo el conjunto de actividades físico-deportivas y de recreación que el Hotel Tryp Mondariz contrató a la empresa Moviocio, incluyendo entre ellas; Aerobic, Bailes de Salón, Natación Recreativa, Senderismo, Rutas de Mountain Bike, juegos para los más pequeños, etc. Y es que llegados a este punto hay que aclarar que la población que accede a un balneario hoy en día tiene una media de edad mucho más baja de lo que imaginamos. El denominado “turismo de salud”

acapara la atención de muchas parejas de mediana edad con una media de renta elevada y con 1 o 2 hijos, que deciden optar por la salud en lugar de la montaña o la playa.

A todo esto tendríamos que añadir el Programa Anual de Termalismo Social del Inersero, que este año incluye a 8 balnearios gallegos de entre los más de 50 de toda España que se ofrecen en dos turnos, el primero para los meses de Marzo, Abril, Noviembre y Diciembre y el segundo para los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre. En este caso sí nos referimos a una población de 3ª edad y todo profesional sabe, o debiera saber qué tipo de actividades se le pueden ofrecer a estas personas.

Concretando, esta actividad se mantiene prácticamente todo el año, excepto los meses de Enero y Febrero y comprende tres tipos principales de tratamientos: reumatológico, respiratorio y renal, aunque también se ofertan el digestivo, dermatológico y de control de nervios. Es pues una alternativa laboral más, que requiere del trabajo en equipo con fisioterapeutas, geriatras y auxiliares clínicos.

La *Rehabilitación de Lesionados Medulares y Personas con Movilidad Reducida* a través de la Actividad Física y Deportiva, es algo que en países como el Reino Unido, Cuba o USA está absolutamente reconocido como campo de trabajo para los profesionales de la Educación Física. En España hay puntuales ejemplos en el Hospital de Paraplégicos de Toledo, el Instituto Guttman en Barcelona y el Complejo Hospitalario La Fe de Valencia. Aquí en Galicia existe una única Unidad de Lesionados Medulares en el Hospital Juan Canalejo, en el que trabajan Médicos Rehabilitadores y Fisioterapeutas que tratan de introducir el deporte adaptado como parte de la terapia psicomotriz que se les aplica.

La Federación Española de Deportes de Minusválidos Físicos, con el patrocinio del Ministerio de Asuntos Sociales, ha promovido distintos programas deportivos para personas con movilidad reducida en los centros hospitalarios de las distintas comunidades autónomas, al objeto de introducir una herramienta eficaz de reinserción e integración social de las personas con minusvalías.

La Actividad Física, la Motricidad y el Deporte, como parte esencial de las fases educativa, de reeducación y/o terapéutica deben ser tenidas en cuenta desde un enfoque integral de la persona con discapacidad. Uno de los pioneros en contemplar a la persona discapacitada “en su totalidad” fue el eminente Dr. Sir Ludwig Guttmann, auténtico impulsor y creador del deporte para minusválidos, al que posteriormente el Papa Juan XXIII bautizaría como “el Coubertain de los minusválidos”. Él introdujo el deporte como una vía de rehabilitación e integración desde el medio hospitalario. Se consideran, por tanto, los Centros Hospitalarios–asistencia especializada por volumen– y los Equipos de Atención

Primaria con las Unidades Básicas de Rehabilitación, los lugares adecuados para realizar la iniciación y promoción del deporte en la población de discapacitados como fuente cultural, lúdica, socializadora y normalizadora..., en definitiva como fuente de SALUD. Incluso existen datos contrastados de beneficios en Salud y consiguientemente de ahorro y rentabilidad de los recursos sanitarios.

Los objetivos básicos de un programa destinado a regular la actividad físico-deportiva de las personas con movilidad reducida en medio hospitalario, serían los siguientes, tomados del Programa Piloto “Hospi-Sport” en fase de experimentación en el Complejo Hospitalario “La Fe” de Valencia. Aquí en Galicia, el Centro de referencia sería el Complejo Hospitalario “Juan Canalejo-Marítimo de Oza”, sito en A Coruña, por ser el único que posee Unidad de Lesionados Medulares de Galicia:

1. Educar para la salud a través de la actividad físico-deportiva en las personas con minusvalía física.
2. Orientar y adecuar la actividad físico-deportiva desde un punto de vista terapéutico.
3. Vehiculizar la promoción del Deporte Adaptado a través del Hospital.
4. Establecer la fase intermedia entre el período de recuperación y el deporte competitivo, a través de Escuelas de Iniciación.

Un grupo de especial relieve en el programa lo tendrían los pacientes de la Unidad de Lesionados Medulares por su volumen y características, pero no se descartarían otro tipo de minusvalías, también ingresadas en la fase de recuperación del hospital, así como la promoción a través de las Consultas Externas y del estudio de las historias clínicas, siempre a través del Coordinador Hospitalario y del Coordinador de las Escuelas de Iniciación del Programa. De esta forma se podría agrupar a la población diaria en:

- parapléjicos,
- tetrapléjicos,
- parálisis braquiales,
- parálisis cerebral infantil,
- espinas bífidas(meningocele),
- amputados,
- accidentados vásculo-cerebrales,
- poliomielitis... y otros.

Se crearían las Escuelas de Iniciación al Deporte Adaptado que serían la Unidad Básica de actuación del Programa. Las EIDAS propuestas para el HOSPI-SPORT “La Fe”, teniendo en cuenta el potencial estructural de la federación territorial y su implantación deportiva en la ciudad, son las siguientes:

- EIDA de Baloncesto en Silla de Ruedas,
- EIDA de Natación,
- EIDA de Tiro con Arco,
- EIDA de Tenis de Mesa (modalidades silla/ de pie),
- EIDA de Voleibol sentados,
- EIDA de Atletismo,
- EIDA de Deportes de PCI. (Boccia, Club, etc.).

La permanencia en las Escuelas no debería ser superior al tiempo de hospitalización, en el caso de los ingresados, considerándose tres meses como adecuados. A partir de este momento se les derivaría a los Clubes integrados o especializados. El tiempo de permanencia podrá ser modificado siempre y cuando lo aconsejasen las circunstancias específicas de la persona, con el consiguiente informe médico y técnico.

Por último habría que decir que hay aspectos de infraestructura y logística a tener en cuenta, tales como la distancia del Centro Hospitalario a la instalación deportiva, la ausencia de barreras arquitectónicas en dichas instalaciones, de hecho la implantación de un programa así se debería aprovechar para catapultar la adecuación de las diferentes instalaciones deportivas municipales, como ha ocurrido en Barcelona, teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de los usuarios se desplazaría en silla de ruedas o andadores, muletas y similares, la necesidad de un transporte especializado y de un personal adecuado. Por un lado los monitores que imparten las sesiones deberán ser titulados por la Escuela Nacional de Entrenadores de Minusválidos Físicos o similares, dada la amplia laguna en conocimientos, investigación y aplicaciones que existe en el entorno de los estudios universitarios de Educación Física referidos a este campo concreto, siendo muy pocos los Centros que a nivel nacional ofertan una especialidad curricular completa. Por supuesto se requeriría la ayuda de auxiliares de enfermería y voluntarios de la Cruz Roja u objetores de conciencia en situación de cumplir la PSS.

Por consiguiente éste es otro campo concreto de actuación para el profesional de la Educación Física y el Deporte. Con la particularidad de que exige una formación completa y especializada, pero asequible a cualquier persona con interés e inquietudes. De hecho, la federación nacional organiza puntualmente

cursos de formación y en Galicia hay un buen montante de clubes de basquet y atletismo adaptado en los que hacer prácticas y coger experiencia. No hay que ser especial para trabajar con estas personas, únicamente hay que ser entusiasta y estar dispuesto a aprender y trabajar en equipo. Aquí hemos esbozado un programa completo, pero ateniéndose a los medios disponibles, podría llevarse a cabo algo más reducido, como primera fase de lo que podría ser en un futuro algo más complejo. La posibilidad de trabajo es real, eso sí, en estrecha colaboración y entendimiento con Médicos Rehabilitadores, Fisioterapeutas, Auxiliares de Clínica, etc.

En las *Unidades de Maternidad* de los hospitales gallegos se lleva a cabo una preparación al parto que se centra en una breve explicación del mecanismo anatomo-fisiológico del embarazo y posterior parto, junto a unas nociones básicas de las más elementales técnicas de relajación y control tónico localizado de la musculatura abdominal y pélvica, y unas prácticas de respiración jadeante y relajante, en el mejor de los casos, esto quiere decir que en muchos hospitales no existe este servicio. En Galicia existen tres hospitales con especialidad de maternidad, son el Centro Materno infantil Nuestra Señora de Belén en A Coruña, el Sanatorio Santa Cristina de Orense y el Centro Médico Pintado en Vigo. Se da la casualidad de que los tres centros son de titularidad privada, con lo que implica de simplicidad que no facilidad en el acceso a un puesto de trabajo, al no tener que pasar por el proceso de concurso-oposición. Por supuesto en cualquiera de los otros centros de la red pública atienden partos de forma profesional y totalmente satisfactoria.

La llamada instrucción o preparación prenatal constituye una acción sanitaria integrante de la medicina preventiva. Desgraciadamente, y a pesar del auge actual de esta última, constituyen aún una excepción las mujeres que buscan y reciben un entrenamiento adecuado para la parturición y sus consecuencias. En la actualidad la preparación al parto consta de dos elementos fundamentales: la instrucción psicológica y el entrenamiento físico.

La instrucción psicológica consiste, básicamente, en el descondicionamiento de las ideas negativas respecto al parto, fruto de un patrón cultural atávico, y en la programación, mediante un entrenamiento adecuado, de reflejos condicionados nuevos que logren inhibir las sensaciones dolorosas durante el parto. El círculo vicioso temor-tensión-dolor, se rompe así al desaparecer el temor, apareciendo en su lugar una actitud positiva frente al parto. Este entrenamiento se logra mediante una información pormenorizada del mecanismo del parto, y de la razón patogénica del dolor en si mismo.

La preparación física se basa por su parte en tres pilares: la gimnasia, la relajación y el entrenamiento respiratorio. Los tres elementos se complementan y

resulta difícil en el momento actual, establecer una preparación correcta faltando uno de ellos. Los ejercicios tienen como objetivo mejorar las condiciones físicas de la embarazada, su capacidad pulmonar, que le ayudará a respirar mejor, su circulación periférica, etc. Los músculos que intervienen en el parto se refuerzan y entrenan para sacar de ellos el máximo provecho para el trabajo extra que les supone dar a luz. La mujer se convertirá en una experta en el control de los músculos de la vagina y el periné. Sabiendo contraer o dilatar la musculatura de esta zona según las necesidades.

En la actualidad se han desarrollado diferentes métodos que se corresponden con otras tantas concepciones de la medicina e incluso de la salud; el método tradicional, la haptonomía o método de las caricias, la sofrología, la matronatación, el Yoga y la Acupuntura. En todos ellos hay lugar para la intervención del profesional de la Educación Física, eso sí, formando Equipo con médicos, comadronas, psicólogos, enfermeros-as, etc.

El programa de la Clínica Dexeus de Barcelona, es un buen ejemplo de esta dinámica de trabajo.

En las *Unidades de Psiquiatría* también se realiza o debiera realizarse una actividad físico-deportiva como complemento al tratamiento psiquiátrico orientada a la reeducación de los pacientes, con una orientación clínica, haciendo una necesaria distinción entre las patologías, niveles de afectación y medicación suministrada, todo ello en un ambiente de reposo y calma. Se han estudiado someramente los efectos del ejercicio sobre algunas de las patologías más frecuentes en esta población.

Respeto a la ansiedad, los estudios se han centrado en general, en poblaciones no clínicas, es decir, en individuos que no tenían un diagnóstico psiquiátrico; aun cuando algunos informes clínicos han señalado efectos positivos del ejercicio en la reducción de síntomas de pacientes que padecían fobias o crisis de angustia (Byrne y Byrne, 1993, Taylor, Sallis y Needle, 1985).

En general, las investigaciones señalan disminuciones a corto plazo en el estado de ansiedad como fruto de la práctica del ejercicio; que son más acusadas en individuos que poseen niveles de ansiedad-estado elevados (Biddle y Mtrie, 1991; Foong, 1992; Gleser y Mendelberg, 1990, etc.).

Respecto al estrés, los estudios indican que el ejercicio ayuda al individuo a afrontar mejor el estrés gracias a una adecuada predisposición biológica producida por la adquisición de una forma física; es decir, el ejercicio favorecería una mejor adaptación biológica al estrés que permitiría al individuo una mayor resistencia a los agentes nocivos. (Holmes, 1993; Morgan y O'Connor, 1988, Plante y Rodin, 1990, etc.). El término utilizado en la literatura

anglosajona para describir todo lo anterior es el que señala que el ejercicio actúa como un “amortiguador” (buffer) del estrés.

Respecto a la depresión, los resultados no son totalmente claros, se han realizado diferentes investigaciones que avalan la utilidad del ejercicio como elemento terapéutico en el tratamiento de depresiones leves o moderadas, pero no está aún clara su eficacia en el caso del tratamiento de la depresión mayor o, en general, en la prevención de trastornos depresivos, (Martinsen, 1993, Fomunaya y Orozco, 1988, etc.). También hay que señalar que algunos estudios de casos individuales, informes anecdóticos y estudios con grupos pequeños y heterogéneos, señalan el papel beneficioso del ejercicio en la modificación de patrones de conducta alterados, (agresividad, falta de habilidades sociales), en individuos con esquizofrenia, retardo mental y en casos de conducta antisocial (Biddle y Mutrie, 1991; Taylor, Sallis y Needle, 1985)

En la actualidad existen en nuestra Comunidad Autónoma once Hospitales Psiquiátricos, de los cuales tres son propiedad de las respectivas diputaciones provinciales, que han pasado al Sergas o están en trámites para ello, en concreto la de A Coruña, Lugo y Pontevedra. Otros dos pertenecen al Servicio Galego de Saude (Sergas) y los otros seis son de titularidad privada. De nuevo hago mención de la posibilidad de acceder a un puesto de trabajo sin depender de la convocatoria pública de oposición.

En este campo muy poco se ha hecho: alguna contratación temporal por medio de convenios entre Inem y la diputación de turno, pero en la mayoría de los casos no existe una actividad organizada y dirigida de forma profesional, más bien queda a cargo de los ánimos del cuidador o auxiliar que se ve con ganas de organizar un partidito o unos juegos. Las experiencias en este campo han sido gratificantes y alentadoras en el sentido de que hay evidencias palpables de la mejora del estado de ánimo y la disposición para comunicarse de los pacientes que acceden a este tipo de programas de actividad física. De hecho, el internamiento en un hospital suele llevar consigo la adopción de hábitos sedentarios nada saludables que, al cabo de los años, terminan por ser costumbre arraigada. De nuevo nos situamos ante un reto profesional en el que el trabajo pasa forzosamente por la colaboración en equipo con Psiquiatras, Cuidadores, Auxiliares, Psicólogos, etc.

Es el campo de la *Rehabilitación de Toxicómanos* uno de los que con más premura necesitaría de la intervención profesional de personal especializado en materia de Educación Física y Deporte.

Nadie discute que el fenómeno de la drogadicción atenta contra la salud individual y pública, sirva como muestra una cifra: en el período que va de enero

de 1990 a diciembre de 1994, en España, han muerto algo más de 3.500 personas por causas que directa o indirectamente tienen que ver con la droga, sea sobredosis, suicidios, accidentes, ajustes de cuentas o enfrentamientos con la policía, siendo las muertes por sobredosis alrededor del 95% del total. Me permito otro perfil estadístico para ilustrar la realidad de la juventud española, principal víctima del fenómeno de la toxicomanía. A la pregunta de cuáles son los valores más importantes en la vida, efectuada a una muestra representativa de la juventud actual, la respuesta en porcentajes es la siguiente: un 34% opina que la familia, un 28% opina que el trabajo, un 21% opina que el amor, un 11% opina que el dinero y un 5% se decide por la solidaridad. Cada cual puede sacar sus conclusiones.

Galicia ocupa el cuarto lugar a nivel estatal en cuanto a porcentaje de personas admitidas a tratamiento ambulatorio, o sea no residencial, por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína, con una tasa de 147 personas por cada 100.000 habitantes, o dicho de otro modo; según el Plan Nacional sobre Drogas en el año 1994 había en Galicia 4.015 personas a tratamiento. Esto significa que es nuestra Comunidad el problema del consumo de droga, es un problemón.

Los recursos son insuficientes; existen 21 centros ambulatorios, de ellos son Unidades Municipales de Atención al Drogodependiente, las famosas Umad o Uads y los otros dos son centros de Proyecto Hombre. Hay también dos unidades hospitalarias de desintoxicación y dos centros de día terapéuticos; el de la Asociación Alborada y Aclad. Por último contamos con tres comunidades terapéuticas, una de las cuales pertenece a Proyecto Hombre. Estamos hablando de usuarios con problema de drogas pero no alcohólicos, pues este colectivo tiene su problemática particular. Todos estos recursos los gestiona el Plan Autonómico sobre Drogodependencias, que cuenta con un presupuesto total de algo más de 1.000 millones de pesetas que distribuye en cuatro capítulos principales: prevención, intervención asistencial e incorporación social, formación, documentación e investigación y coordinación institucional.

Actualmente hay dos tipos de alternativa para el tratamiento de las toxicomanías; los programas libres de drogas y los de mantenimiento con metadona o naltrexona. Los primeros responden a la inquietud de la rehabilitación completa de la persona, trascienden la mera desintoxicación y profundizan a través de una psicoterapia en las causas o desencadenantes directos de esa adicción, los segundos se enmarcan en una política de reducción de daños, que pretende la disminución progresiva de la tasa de delincuencia asociada al consumo y la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias de los usuarios de drogas por vía intravenosa, sin ofertar posibilidad de rehabilitación y

manteniendo otra adición que es más barata y saludable para el toxicómano-a y para el conjunto de la sociedad.

Es necesario hacer hincapié en la necesidad de un estilo de sobriedad y rigor en el acercamiento a esta nueva realidad, puesto que supone un principio de especialización y un contacto más directo con la Salud en mayúsculas, y ello se traduce en un margen de riesgo mayor, puesto que ahora nos encontramos con poblaciones con necesidades educativas muy especiales. Es por esto que se impone un estudio detallado de la muestra a la que nos dirigimos; su idiosincrasia, particularidades, costumbres, fisionomía, limitaciones, perfil psicológico, y del entorno que rodea a esta población, ya sean la red de centros de salud en que desempeñamos nuestra labor como el espectro sociológico en el que se desenvuelven. En resumen, que nos tenemos que meter en la piel del colectivo con el que vamos a trabajar, de lo contrario corremos el riesgo de situarnos desde nuestra perspectiva y entonces los choques, sorpresas y contradicciones serán abundantes y desmotivadoras. Llegará un momento en que nos preguntaremos: ¿pero, qué pinto yo aquí? Fruto de lo descrito anteriormente y como respuesta a la limitación personal y profesional es imperiosamente necesario colaborar en equipo con el resto de profesionales de la salud, fuera de corporativismos reduccionistas y pruritos profesionales empobrecedores, que desde hace tiempo vienen afectando de manera especial a los profesionales de la Educación Física, que muchas veces pecamos de soberbia y falsa erudición.

El mundo de la toxicomanía es apasionante, y lo es a través de las personas particulares que han tenido problemas de consumo y adición con las que tratamos a diario. Hay algunas referencias acerca de experiencias de trabajo con este colectivo en el marco de la aplicación de un programa de actividad física-deportiva que nos pueden ilustrar al efecto.

Existen evidencias del valor terapéutico de la práctica físico-deportiva en prisión, así lo asegura Mercedes Ríos Hernández en los distintos trabajos de investigación que ha llevado a cabo en distintos centros penitenciarios. Sus conclusiones son esclarecedoras: “cuando la actividad deportiva entra a formar parte del programa de tratamiento penitenciario, se intensifican sus valores socializantes”, “...la actividad deportiva debe ser una mediadora que contribuya a integrar y esto sólo será posible con una acción conjugada de todos los miembros del equipo de tratamiento...” “...servirse de la actividad deportiva en este contexto necesita de medidas particularmente diferenciadas, (contacto físico, competición, riesgo, agresividad...” “...parece existir una conexión entre actividad física, (que no deporte) y evasión, descarga de agresividad, relajación, ocupación del tiempo libre y refuerzo positivo...”. Por último aclara que para el desarrollo de los valores terapéuticos de la actividad es necesaria una acción

interrelacionada del profesor de E.F., con los miembros del equipo de tratamiento y la colaboración del funcionariado.

L. Guiñales Ruiz, en un estudio de investigación de la Universidad Autónoma de Madrid sobre la Evaluación de la Actividad Deportiva en los Programas de Rehabilitación de Alcoholismo y Drogodependencias, sobre una muestra de toxicómanos a tratamiento en el Psiquiátrico de Madrid, concluye: “la práctica deportiva constituye en si misma una forma de adoptar una postura centrada en el cuerpo sano y en la salud; ello permite dos cosas, por un lado hacer más sensible a la persona que se rehabilita de los efectos psicofísicos negativos ocasionados por la toxicomanía, a la vez que los progresos que permite valorar su mejoría a través del estado corporal”. Añade L. Guiñales, que en el contexto terapéutico, si se realiza un adecuado énfasis en la práctica deportiva, ésta puede integrarse en la vida posterior del sujeto y su familia, convirtiéndose el deporte, por tanto, en un medio de prevención. El deporte mantendrá a la persona apartada de ámbitos nocivos para la salud a la vez que contribuirá a la ocupación del ocio y le hará ver las ventajas de una vida apartada del consumo de sustancias psicoactivas.

Un premio de investigación deportiva Unisport del año 1985, incidía en una serie de aspectos a tener en cuenta previa programación de la actividad a desarrollar con este colectivo.

Dicen ellos que para llegar a ser toxicómano-a juega un papel muy importante la edad de iniciación, la etapa adolescente es clave para el consumo y es que existe un alto porcentaje de adolescentes que se muestran preocupados-as por su deficiente imagen corporal. Analizando estadísticas, (ISAF-80), de resultados de jóvenes adolescentes que sufren problemas de marginación social, inadaptación o delincuencia y drogadicción, observamos un elemento bastante común: un deficiente grado de educación psicomotora, que está por debajo del nivel correspondiente a su edad. Y es una evidencia constatada por la realidad que el toxicómano-a normalmente odia su propio cuerpo, fruto de la asociación a él de experiencias desagradables de deterioro y abandono, falta de higiene y de cuidado. Nuestro trabajo como profesionales será, entre otros, enseñarle a conocer, querer y cuidar ese cuerpo.

Por último un Seminario Unisport sobre Deporte y Sociedad, que abarcó durante el curso 92-93 la tema del “deporte e integración social de drogodependientes”, postulaba un proyecto de investigación fundado en una serie de hipótesis centradas en las posibles aportaciones de un programa de actividades físico-deportivas dentro de un modelo bio-psico-social. Eran cinco:

1. Puede modificar los niveles endógenos de sustancias opiáceas o análogos que resulten favorecedoras de una abstinencia a la autoadministración de opiáceos exógenos, al conseguirse una homeostasis que bloquee conductas de automedicación.

2. Permitir cambios actitudinales y comportamentales orientados hacia una mayor calidad de vida del sujeto en proceso de rehabilitación.

3. Mejorar la condición física y el aspecto externo del individuo, que repercute en un incremento de la autoestima del sujeto, incidiendo positivamente en sus relaciones interpersonales.

4. Ser un instrumento ocupacional y de ocio positivo para el colectivo que nos ocupa.

5. Al realizarse en los recursos comunitarios y dentro de las actividades ofertadas para la población general, posibilita la integración de estos jóvenes en otros grupos no drogodependientes.

Para concluir esta aproximación al uso del ejercicio como elemento terapéutico en la ayuda a la eliminación del consumo de sustancias, diremos que se han desarrollado programas que han incluido, específicamente, el ejercicio como un componente clave de la rehabilitación de toxicómanos, (Peri, 1987) y que, además, las sesiones de ejercicio forman parte del programa cotidiano de diversos centros de rehabilitación de heroinómanos, aun cuando, en muchos casos, el propósito que se persigue con las mismas y el modo en que se utilizan no esté explícitamente especificado en las directrices del centro. (Abós y Josa, 1992).

Es por todo esto que en Proxecto Home Galicia hemos comenzado a trabajar en una línea de considerar la Educación Física y el deporte como instrumento terapéutico. Nosotros intervenimos en una dimensión terapéutico-educativa y a través de la investigación, actualmente estamos analizando los datos de un cuestionario pasado a los 25 centros de Acogida de Proyecto Hombre en España, sobre la existencia, orientación y organización de la Actividad Físico-deportiva que se oferta a los residentes, la teoría, (seminarios temáticos que se incluyen en la programación del Centro, junto a seminarios médicos o terapéuticos) y la praxis, (sesiones de práctica diaria). Estando en proyecto un programa de actividades en el medio acuático que incluiría la familiarización con el medio acuático y tendría como principal objetivo enseñar a nadar a los residentes que, en un porcentaje alto, no saben, y otro programa de gimnasia familiar a realizar conjuntamente por residentes y padres, novias-os o acompañantes. Estamos convencidos de que en un futuro el campo de la rehabilitación de toxicómanos-as será una alternativa profesional de dilatada oferta, siempre apoyada por el

trabajo en equipo con educadores, terapeutas, médicos-as, psicólogos-as, trabajadores-as sociales, etc.

Bibliografía

- BLASCO, T. (1994): *Actividad Física y Salud*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Edita Martínez Roca. Barcelona.
- GUIÑALES RUIZ, L. (1991): "Evaluación de la Actividad. Deportiva en los Programas de Rehabilitación de Alcoholismo y Drogodependencia". Rev. De Investigac. y Documentac. sobre CC. de la E.F. y Deporte. Beca de Investigac. del Instituto de CC. de E.F. y Deporte. Madrid.
- GUTIERREZ SALGADO, C. (1991): "El deporte como sanidad preventiva". Rev. Sport&Medicina. Escuela de Medicina del Deporte. Universidad Complutense. Madrid.
- MARTINEZ LEMOS, R.I. (1994): "Educación Física y embarazo". Trabajo fin de carrera no publicado. Valencia.
- MARTINELLI, E. (1993): "Come prevenire e curare il mal di schiena". Grupo Editoriale Fabbri Bompiani Soucizogno. Milano. (Italia)
- RIOS HERNANDEZ, M. (1989): *Programa de Actividad Física para personas en proceso de rehabilitación por problemas de drogodependencias*. Edita Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat.
- ROSSELLI, M. (1992): "Attività motoria in gravidanza ed in preparazione al parto". (Tesis de Diplomatura dirigida por la Profesora Elena Martinelli. Instituto Superiore di Educazione Fisica della Lombardfa-Milano. Milano (Italia)
- VARIOS (1993): "Deporte i Integración Social de Drogodependientes". Seminario Unisport sobre Deporte y Sociedad. Edita Consejería de Cultura y Medio Ambiente. Unisport. Málaga.
- VARIOS (1985): "La Actividad Física en la lucha por un objetivo final y real; rehacer jóvenes drogadictos y/o delincuentes para la vida". Premio de Investigación Deportiva Unisport. Málaga.
- VARIOS (1994) "Todos los métodos de preparación al parto". Edit. Hachette. Madrid
- VARIOS (1994): "Hospi-Sport. Programa Piloto hospital La Fe. Programa Deportivo para Personas con Movilidad Reducida en los Centros Hospitalarios de la Comunidad Valenciana". Edita Federación de Deportes Adaptados de la Comunidad Valenciana. Valencia.
- VARIOS (1995): *Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1994*. Edita Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- VARIOS (1996): *Anuario del Diario El Mundo*. Editor Raúl Heras. Madrid.
- VARIOS (1996): *Guía de Medios de Comunicación de Galicia*. Edita La Voz de Galicia. A Coruña.