



PERÚ

Ministerio
de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEO NOGUCHI"

MANUAL DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ADICCIONES





PERÚ

Ministerio
de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

MANUAL DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ADICCIONES





MANUAL DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES

Guía estructurada de Terapia Física para pacientes adictos

Primera edición:

Todos los Derechos Reservados

Edición:

© Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi»
Jr. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao
San Martín de Porres. Lima 31, Perú
Teléfono (51) 614-9200 Anexo: 1025
E-mail: hdelgado_hnoguchi@insm.gob.pe; raquelepsa@gmail.com
<http://www.insm.gob.pe>

Tiraje:

500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en
la Biblioteca Nacional del Perú N° 201100689
ISBN: 978-612-45810-1-4

Impresión:

Punto & Grafix S.A.C.
Av. Del Río N° 113 - Pueblo Libre, Lima - Perú
Telf.: (51-1) 332-2328

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni almacenamiento en algún sistema informático, ni la transmisión de cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia, registro u otros medios sin el permiso previo y por escrito de la institución.

Impreso en el Perú

PUBLICACIÓN OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

DR. ÓSCAR RAÚL UGARTE UBILLÚS
Ministro de Salud

DRA. ZARELA ESTHER SOLIS VASQUEZ
Vice-Ministra de Salud

DIRECTORIO DEL INSM

PSIQ. ENRIQUE MACHER OSTOLAZA
Director General del INSM

PSIQ. CARLOS CACHAY CHÁVEZ
Sub-Director General del INSM

LIC. IRMA ATALAYA CHACÓN
Directora Ejecutiva de Administración del INSM

Mg. RAQUEL PÉREZ SALINAS
Autora



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

MANUAL DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES

PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» se complace en presentar la presente publicación con la intención de contribuir en la difusión y transmisión tecnológica de salud mental en todos los quehaceres profesionales. Terapia Física en Adicciones es un texto que viene a llenar el gran vacío teórico - práctico que existe en nuestro medio sobre la aplicación de la Terapia Física en la salud mental en general y en la rehabilitación del paciente adicto en particular.

Señala los fundamentos que sustentan el valor terapéutico de la reeducación por el movimiento, haciendo no solo un análisis de conceptos y de la manera de evaluarlos sino que, además, proporciona un programa general de trabajo, brindando así, una solución a los problemas que surgen en el diario quehacer. Es así que el texto incluye la Ficha de Evaluación de Terapia Física con su respectivo instructivo y la Escala Magallanes de Estrés.

Brinda una base teórica sólida y ordenadamente expuesta según los objetivos que se persiguen, que podríamos caracterizarlo como útil, aplicable y replicable. Cabe destacar la exhaustiva revisión bibliográfica realizada que dota de un serio sustento a la propuesta presentada. El carácter único y original de este trabajo, agrega un elemento más que avala la decisión del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi» de propiciar su publicación.

Podemos considerar este trabajo como un peldaño valioso dentro de las tareas de investigación que desarrolla la autora, todas ellas vinculadas a una de las problemáticas más importantes de nuestra sociedad, como son las adicciones.

Con los elementos arriba descritos, podemos afirmar que se cumple el objetivo de la autora, esto es, dotar a los profesionales de su especialidad de una herramienta que permita la evaluación de las capacidades físicas, funcionales y psicomotrices del paciente adicto, así como la ejecución estructurada y científica de un programa de Terapia Física aplicada a pacientes con las características ya señaladas.

Se espera que luego de su publicación y debida difusión, la aplicación dé por resultado una intervención más acabada en lo referente a la recuperación del paciente adicto.

Psq. Enrique Macher Ostolaza
Director General del Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”



ÍNDICE

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD	3
DIRECTORIO DEL INSM	3
PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
1. HISTORIA DE LA TERAPIA FÍSICA	11
2. ESTRÉS Y RECAÍDA	15
3. ESTRÉS, ADICCIÓN Y EJERCICIO	19
4. PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES	23
5. PLAN DE SESIONES DE TERAPIA FÍSICA PARA PACIENTES ADICTOS	31
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	39



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge del planteamiento de algunas preocupaciones, producto de la experiencia como profesional y como docente universitaria; además que, fruto de nuestras averiguaciones, se aprecia una notable escasez, en lo que a instrumentos de evaluación de Terapia Física en general y al campo de las adicciones en particular se refiere, así como de Programas de Terapia Física que favorezcan la realización de un trabajo estructurado, sistemático y efectivo, y que además se ajusten a nuestra realidad.

Desde el punto de vista científico, la importancia de esta propuesta radica en que -conocedores de que la adicción es una enfermedad de recaídas múltiples, pero susceptibles a ser prevenidas, y de que el estrés constituye uno de los principales factores que pueden llevar al paciente a una recaída- se requieren intervenciones terapéuticas que eliminen tal posibilidad y que sean brindadas de manera sistematizada. Una de estas modalidades la constituye la Terapia Física, importante factor de reducción de los principales síntomas del estrés (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, concentración, fatiga) y, por ende, de los procesos de recaídas en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

La Terapia Física es una forma de curar a través del movimiento, con base en la cinesiterapia, frecuentemente aplicada en Centros de Rehabilitación para adictos en el extranjero; efectuándose, además, investigaciones en el área -especialmente con pacientes alcohólicos- que permiten ir diversificando la solución de problemas de esta índole. Lamentablemente estas características no se aprecian dentro de la estructura de rehabilitación en nuestro país.

Dentro de este contexto de carencias y en base a la experiencia acumulada de años de trabajo en el área de las adicciones, hemos realizado el presente trabajo, en cuya primera parte efectuamos un viaje al pasado, remontándonos hasta la China y Grecia antiguas, donde se empleó el ejercicio como un arma eficaz para tratar diversas enfermedades. Es ahí donde encontramos la génesis de lo que, a mediados del siglo pasado, pasó a formar parte de la Terapia Física de Rehabilitación.

Continuamos con la presentación del principal sustento teórico de esta propuesta, y lo hacemos a través de la exposición de las relaciones existentes entre estrés y recaída y estrés, adicción y ejercicio.

Todo esto, sin duda, nos sirvió de apoyo para el desarrollo de la propuesta que presentamos y que nos pone de manifiesto, no sólo cuán importante y trascendente es



la Terapia Física en el proceso de Rehabilitación del adicto, sino también la urgencia de contar con programas estructurados de la especialidad.

Presentamos luego un Programa de Terapia Física, así como la Ficha de Evaluación de los aspectos físicos, funcionales y psicomotrices, creada en 1994, perfeccionada y validada por nosotros en el 2004. Con ello no sólo se pretende cubrir el vacío existente en cuanto a Programas de Terapia Física para adictos, sino también a lo relacionado con instrumentos de evaluación dentro de la especialidad en general y en el campo de las adicciones en particular. Este aporte -tenemos la esperanza- ayudará, por un lado, a proporcionar las herramientas para un trabajo eficaz no sólo en lo referente a la labor terapéutica sino también en la tarea de formar nuevos profesionales; y, por otro lado, constituirá un punto de partida para ampliar el panorama en cuanto a calidad, cantidad y variedad de instrumentos y programas de intervención terapéutica dentro del campo de las adicciones.



1. HISTORIA DE LA TERAPIA FÍSICA

La Terapéutica Física, que evolucionó al principio de modo puramente empírico, a base de observaciones y experiencias, constituye probablemente la forma de tratamiento más antigua. En contraste con la terapéutica puramente pasiva con antibióticos, los métodos de la Terapia Física se caracterizan porque activan el cuerpo, constituyéndose así en una terapia de reacción.

La costumbre de utilizar el movimiento como medio terapéutico se remonta a varios siglos antes de la era cristiana. Diem (citado por Lindemann) dice que, al principio, el uso de la gimnasia estaba únicamente en manos de los sacerdotes. En el taoísmo se preceptuaban bailes para curar diversas enfermedades. En el año 2698 a. de C., el emperador chino Hoanng-Ti creó un tipo de gimnasia curativa que contenía una variada gama de ejercicios respiratorios.

En la medicina griega, la terapia por el movimiento constituía una parte fija del plan de tratamiento. Así, el médico Empédocles, -citado por Harff, en el *Tratado de Rehabilitación* de Lindemann- daba gran importancia a la técnica respiratoria. Hipócrates, nos indica Harff en el Tratado ya mencionado, explicaba cómo actuaba el movimiento en el cuerpo. Entre los posthipocráticos, Celso ordenaba ejercicios activos y pasivos de gimnasia, y Heródicos de Selumbria escribió alrededor del año 400 a. de C. una teoría científica sobre la repercusión de los ejercicios respiratorios en el organismo (Lindeman, 1982).

Hacia el año 1250, se continuó prescribiendo ejercicios dosificados; sin embargo, durante la Edad Media la medicina estaba parcialmente en manos de los sacerdotes. Como las órdenes religiosas eran enemigas del cuerpo, únicamente la nobleza tenía interés en una actividad corporal dirigida, por lo que no se extendió la práctica del ejercicio como actividad terapéutica.

La apreciación demostrable del valor terapéutico de los ejercicios físicos se intensifica recién en el siglo XVIII, a través de los trabajos del médico inglés Francisco Fuller. A pesar de ello, se afirma que, en el siglo XIX, las terapias a través de ejercicios corporales no estaban presentes como parte integral del tratamiento médico, tesis que se apoya en la escasez de la literatura aparecida sobre el particular por aquel entonces.

Gracias a los métodos creados por P. Henrik Ling, el interés por la Terapia Física se acrecienta llegándose a una más acusada autonomía de los tipos de ejercicios de la



cinesiterapia respecto a los sistemas de la gimnasia corriente, y al tratamiento de los enfermos mediante los ejercicios adecuados. El valor de Ling no se basa únicamente en que trató de crear una fisioterapia, sino también en que exigió que se tuviera en cuenta lo que llamó la «justificación de su acción», dando especial importancia a la explicación del porqué de la acción muscular. Para Ling, era esencial el tratamiento de los enfermos por medio de la gimnasia médica en la ortopedia, por ejemplo, en las actitudes posturales defectuosas.

En cuanto al empleo de agentes físicos en el proceso de rehabilitación -y no obstante que el hombre primitivo buscó la energía radiante para el tratamiento de las enfermedades y que Isaac Newton descubrió la descomposición de la luz en los colores espectrales en el siglo XVII- sólo un siglo después se empezaron a conocer las propiedades químicas de la luz. Posteriormente Augusto Rollier, en 1903, introdujo el sistema de Helioterapia que se usa hasta la fecha.

La electrofisiología tuvo su origen con Galvani y sus experimentos en la rana, en 1786. A principios del siglo XX Nasgelschmidt recomendaba el uso de la corriente de alta frecuencia para el tratamiento de las enfermedades articulares, procedimiento descubierto por Miguel Faraday en 1831 y usado médicaamente por primera vez por Duchenne (Tohen, 2000).

En el siglo XX y antes de la II Guerra Mundial, no existía una clara delimitación del concepto de la Medicina de Rehabilitación. A mediados de siglo y después de la segunda Guerra Mundial, o de las epidemias varias como la de la poliomielitis -cuyas facturas fueron las de una gran cantidad de enfermos, lesionados y discapacitados-, poco a poco se fue asentando en la clase médica mundial la idea de la creación de un corpus profesional que se consagrara exclusivamente al estudio y práctica de esta disciplina: la Terapéutica Física. Este es el motivo de la creación oficial de los cuerpos de fisioterapeutas en todo el mundo de la profesionalización y el despegue de la Fisioterapia como disciplina de rango universitario.

En la segunda mitad del siglo pasado, los tratamientos por medio de ejercicios se hacen más específicos, produciéndose importantes evoluciones de criterios y multiplicidad de experiencias que permitieron introducir y apreciar en su justo valor los métodos Bobath, Kabath, Temple-Fay, Petó y, hacia los años ochenta, los métodos Castillo Morales y Vojta. Surge, además, una nueva alternativa terapéutica, la recreación especial adaptada a poblaciones con discapacidades, inicialmente empleada para el tratamiento de enfermedades físicas y, en la actualidad, también para el tratamiento de trastornos mentales. La utilidad de este nuevo instrumento terapéutico se deriva del interjuego de dos mecanismos complementarios: la liberación



de endorfinas que se activan en el circuito de la recompensa, produciendo una sensación de bienestar, y el de vehículo lúdico o estrategia aplicada en busca de un objetivo claramente específico, no solamente para restablecer la salud sino también para el desarrollo personal (Austin, 2001).

Con el paso de los años y en la búsqueda de nuevos elementos que contribuyan a la rehabilitación del enfermo, la recreación incorpora, durante la última década, un nuevo elemento terapéutico importante, la equitación, si bien el impacto de ella en el estado anímico de los enfermos incurables ya era conocido por Hipócrates (460 a. de C.). En 1875, el neurólogo francés Chassaignac propugnó que «a caballo se mejora el equilibrio, el movimiento articular y el control muscular de los pacientes» (García, 2005). A partir de la primera Guerra Mundial el caballo es incorporado, al parecer definitivamente, a la terapia médica, inicialmente por los países escandinavos y luego en Alemania y Francia; pero la atención internacional se dirigió a la equitación como terapia durante los Juegos Olímpicos de 1952, cuando la danesa Liz Hartel, que había usado la equitación para tratar su poliomielitis, ganó la medalla de plata. Desde entonces los programas de equitación se han indicado para personas con problemas mentales, emocionales y sensoriales (sordos y ciegos) con sorprendentes resultados (García, 2005).

En América Latina, la rehabilitación ecuestre, actualmente empleada en una treintena de países, comenzó a aplicarse de manera experimental en 2002 en Cuba con niños sordo - ciegos, y en nuestro país en el mismo año, con niños afectados por parálisis cerebral.

En épocas cercanas a la segunda mitad del siglo XX, los grandes maestros de la psicología genética, como Wallon y Piaget, postulan que la acción nace del pensamiento para volver a ella y que mediante la acción el niño piensa, aprende, crea y afronta los problemas; asimismo, el predominio, en la niñez, de la vida afectiva sobre cualquier actividad del individuo. Se habla ya de psicomotricidad, cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas del individuo en su globalidad a partir del cuerpo y a través del movimiento y del acto.

La historia de la psicomotricidad se remonta a la antigüedad, a la filosofía clásica que concibe al individuo humano como un ser compuesto de dos partes: el cuerpo y el alma o espíritu. Esta explicación se ve ratificada con el racionalismo de Descartes y llega hasta nuestros días traídas de la mano por Le Bouchch, Vayer, Mazzo, etc. Hoy seguimos pensando que el ser humano está compuesto por dos entidades distintas: una realidad física, conocida como cuerpo, que posee las características propias de la materia, y una realidad inmaterial, que se relaciona directamente con la actividad



del cerebro y del sistema nervioso, a la que denominamos con términos como psique, mente, razón, alma o espíritu (Becker, 2005).

En lo que respecta a la Terapia Física en el campo de las adicciones, ésta es aplicada desde la década de los 60. Al respecto, la literatura foránea demuestra importantes hallazgos que la señalan como una estrategia efectiva en la reducción de la probabilidad de recaída en el paciente adicto. A pesar de esto, tanto a nivel internacional como nacional, no se registran programas de Terapia Física que puedan servir de base para el trabajo con este tipo de pacientes, manifestándose el mismo panorama con los instrumentos de evaluación de la especialidad, carencias ambas que han motivado la realización del presente trabajo.



2. ESTRÉS Y RECAÍDA

El problema de la salud mental se ha agudizado severamente en la sociedad actual; una gran parte de los trastornos y de los síntomas se relacionan con el estrés, tales como la ansiedad y la depresión (Berger, 2004). Para tratar estos trastornos tradicionalmente se usa la psicoterapia y la medicación. La primera implica un largo tratamiento, y los psicotrópicos casi siempre presentan efectos colaterales, sin hablar del alto costo de un tratamiento psicoterapéutico o medicamentoso. De esta manera, para enfrentar los trastornos referidos, han sido estudiados otros medios alternativos. Una técnica no tradicional es la práctica de ejercicio y el deporte, métodos que hoy en nuestro país se encuentran agrupados dentro de las actividades terapéuticas brindadas por la Terapia Física, denominada por Rümmele en 1990 psicoterapia a través del movimiento.

Selye (en cita de Alonso R. 2001) definió el estrés como una respuesta general del organismo ante condiciones externas que perturban el equilibrio emocional y físico. Nuestra respuesta a la amenazas es lo que causa estrés, pudiéndose entender el estrés como una sobrecarga.

Lazarus, uno de los más importantes investigadores de las emociones y el estrés psicológico, señala que «se trata de una relación entre la persona y el ambiente, siendo éste captado como impuesto o que excede a sus propios recursos y amenaza su bienestar. Las apreciaciones son determinadas por las demandas provenientes del ambiente y los recursos personales. Estas apreciaciones son susceptibles de cambio a través del tiempo, debido a: la efectividad del afrontamiento, la alteración de los requerimientos y la mejoría de las habilidades personales» (Roca, 2006). Los científicos sociales nos señalan que, si bien el estrés y su afrontamiento son importantes, éstos son parte de una más amplia rúbrica: las emociones (Lazarus, 1986). Especial significación, entonces, tiene lo que ocurre en el mundo interno de las personas, muy en particular las vivencias que acompañan o se derivan de las complejas transacciones entre el hombre y su ambiente.

En función de lo anterior es posible afirmar, según Lazarus (citado por Carnano, A. 2002), que, si una persona evalúa que lo que está aconteciendo tiene poca o ninguna significación para su bienestar, difícilmente aparecerá algún tipo de manifestación emocional; pero, si la persona valora que lo que acontece tiene, para bien o mal, alguna significación sobre su bienestar, entonces aparecerán respuestas emocionales, susceptibles de múltiples formas de expresión tanto en su calidad como en intensidad.



Según Lazarus (en cita de Roca, 2006), las personas son más vulnerables a la depresión cuando su evaluación de lo acontecido apunta al daño o la pérdida irreparables, en que ya poco o nada se puede hacer, y pone a la persona frente a las peligrosas puertas de la desesperanza. Otras personas son más vulnerables a la ansiedad cuando su evaluación de lo acontecido apunta a la amenaza, es decir, no ya al daño real sino al potencial que no ha sucedido pero que amenaza con ocurrir y pone a la persona en estado de aprensión.

Continúa diciendo Lazarus que hay quienes tienen más predisposición a la ira o al enojo cuando su evaluación de lo acontecido apunta al reto o al desafío. Tal hecho es visto, entonces, como una provocación y cuestionamiento a la propia valía y dignidad personal, los predispone a responder con enojo. Así, muchas de las cosas que hacemos, pero sobre todo la forma en que las hacemos, están influidas y matizadas tanto por las emociones como por las condiciones que las generan. Richard Lazarus (1986) afirma que «si sólo sabemos que una persona está experimentando estrés psicológico, tenemos una información útil; pero es mucho más útil saber que una persona se siente irritada, ansiosa, culpable, triste, feliz, orgullosa, aliviada o enamorada. Cada uno de estos estados emocionales nos está diciendo algo sobre las condiciones que están siendo afrontadas y subjetivamente evaluadas por la persona».

Para Petruzzello (1991) no importa cómo la ansiedad sea considerada, pues no hay duda que el ejercicio está asociado con una reducción de ella, bastando una sesión de ejercicios aeróbicos para reducir la ansiedad en individuos ansiosos (Folkins y Siem, 1981; Mihevic, 1982; Miller, 1998). Se consigue un efecto tranquilizante a través de ejercicios rítmicos y respetando un mínimo de tiempo (Haskell, 1994; Sutherland, 1987). Quince a veinte minutos de ejercicio estimulan la secreción de catecolaminas en el cerebro y producen liberación de endorfinas en la sangre, las mismas que tienen, por otro lado, un efecto neutralizador del dolor y elevador del ánimo (Davis, 2004).

Desde una óptica opuesta algunos investigadores (Doyle, 1983) llegaron a la conclusión de que la falta de ejercicio es un factor importante para la aparición de síntomas de depresión. La posibilidad de reducción de síntomas de ansiedad y depresión por medio del ejercicio contribuyó para que varios psicoterapeutas comparasen el ejercicio con diversos tipos tradicionales de tratamiento, demostrando que tanto el ejercicio aeróbico como el anaeróbico presentan un valor similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional (Lee, 2004).

Martinsen y colegas (1994), revisando 2 estudios quasi experimentales y 10 experimentales de intervenciones del ejercicio sobre pacientes depresivos, señalaron



que el ejercicio aeróbico es suficiente para reducir la depresión unipolar sin melancolía y/o las conductas psicóticas.

La International Society of Sport Psychology - ISSP (1992) señala que el ejercicio físico puede ser una alternativa de tratamiento o una ayuda en un tratamiento con dispositivos tradicionales de psicoterapia en las formas unipolares de depresión leve o moderada, expresando sus dudas sobre si diferentes intensidades en el ejercicio y el deporte presentan beneficios emocionales diferentes a sus practicantes. De acuerdo con Pafferbarger (1984), el ejercicio debe ser riguroso para estar asociado con un beneficio emocional. No obstante, León y col. (1988) verificaron que el ejercicio moderado ofrece al ser humano un beneficio emocional igual al ejercicio vigoroso. Por otro lado, los ejercicios de alta intensidad no reducen la depresión y determinan un aumento de la tensión, fatiga y disturbios del carácter.





3. ESTRÉS, ADICCIÓN Y EJERCICIO

La adicción es una enfermedad de recaídas múltiples, pudiendo éstas ser disminuidas y abolidas, lo cual no constituye una tarea fácil ni simple. Una recaída puede generarse por un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo (Washton, 1995). El mismo autor señala que la recaída es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo.

Dado que la adicción es una enfermedad de recaídas múltiples pero susceptibles de ser controladas, prevenirlas se torna necesario y fundamental. Tal afirmación se ve reforzada por algunos estudios llevados a cabo en el país y en el extranjero, los cuáles han demostrado la alta incidencia de recaídas en pacientes adictos. Entre estos estudios tenemos el de Ivanovic y col. (1987), el cual, en un total de 120 sujetos alcohólicos, reporta el 25% de recaídas frente al 39% reportado por Becoña y col. (1997) en la Universidad de Compostela y al 77.3% indicado por Secades y col. (1998) en pacientes adictos al tabaco.

Desde hace dos décadas, por lo menos, en aspectos relacionados con el tratamiento, el foco de atención se ha centrado en la prevención de recaídas, la que se ve reforzado por las investigaciones que reportan la efectividad en la reducción de la probabilidad de recaídas de los programas terapéuticos aplicados para tal fin. Así, Allsop y col. (1997) señalan la efectividad de los programas en tratamientos de corto tiempo y la necesidad de controlar un número mayor de factores medioambientales, relacionados con los sujetos para el éxito, en programas de larga estancia.

Asimismo, Schmitz y col. (1997), en un estudio de 27 pacientes adictos a alcohol y cocaína, reportan, luego de 24 semanas de tratamiento, una sustancial reducción en el consumo de ambas sustancias. A iguales conclusiones arriba el propio Schmitz con otro grupo de investigadores, en su trabajo de cohortes efectuado con 32 cocainómanos; Guebaly y Hodgins (1998), al revisar los programas efectuados por ellos durante diez años con adictos a diferentes sustancias; así como McCusker y col. (1998), en su estudio con 638 sujetos alcohólicos que siguieron un programa de 6 meses de duración y en el que los sujetos más beneficiados fueron los sometidos a tratamiento por un tiempo mínimo de 40 días.

Miller y Gold (1998), de otro lado, nos señalan la importancia de implementar dichos programas para pacientes alcohólicos. Weinstein y col. (1998) afirman lo



propio en relación a pacientes adictos a opiáceos, mientras que Becoña (1997) sustenta lo mismo con respecto a los tratamientos para sujetos adictos a la nicotina.

Por lo tanto, los objetivos de los programas planteados para prevenir las recaídas estarán orientados a establecer un nuevo estilo de vida, que le permita al paciente contrarrestar los diversos factores de estrés, los que a su vez se constituyen en antecedentes para la ocurrencia de una situación de alto riesgo. Ese nuevo estilo de vida, contribuirá a mejorar las capacidades del paciente para involucrarse en actividades sociales productivas y de tiempo libre, que le faciliten enfrentarse con situaciones de estrés y con estados emocionales negativos sin recurrir a drogas y a enfrentar una caída o desliz con respecto al consumo de droga sin recaer totalmente (Kornblit y Mendes, 1992).

Conocedores de que uno de los principales factores de recaída en la adicción lo constituye el estrés, y reportando la literatura hallazgos en la reducción de sus principales síntomas -como son la depresión, ansiedad, problemas del sueño, concentración y fatiga a través de la práctica del ejercicio- hemos centrado nuestro foco de atención en estos aspectos.

En la literatura se señala la práctica del ejercicio como una estrategia efectiva en la reducción de la probabilidad de recaída en el paciente adicto. Marlatt (1994) nos indica que la práctica regular del ejercicio reduce la sensación de privación y pérdida que acompaña la terminación del patrón adictivo gracias a que produce bienestar y placer, facilitando de este modo la transformación de hábitos de vida negativos en positivos (Liga Mundial contra la Hipertensión, 1993).

Reducir el estrés requiere, en general, que el paciente introduzca cambios significativos en su estilo de vida y, por ende, en su rutina diaria. El primer paso es poder identificar las posibles fuentes de estrés y sus efectos negativos en su actitud, emociones y conducta; el siguiente, poner en práctica técnicas de reducción del estrés, entre las que se incluyen: ejercicio, deporte, hobbies, actividades programadas de tiempo libre (Kornblit y Mendes 1992, Washton 1995), es decir, aquellas técnicas que implican actividades de signo positivo, que facilitarán predecir los factores específicos de riesgo y evitar o atenuar los fallos del proceso de recaída.

Disminuir el riesgo de estrés psicológico supone, entonces, enseñar al paciente a lograr un estilo de vida balanceado, para evitar la formación de patrones de hábitos dañinos. Un estilo de vida balanceado está caracterizado por un equilibrio armonioso entre el trabajo y las actividades de esparcimiento, tales como el ejercicio físico y la meditación (Torild, 1988). Las modificaciones propuestas referentes al estilo de vida



se relacionan con el balance entre los elementos impositivos (lo que uno debe hacer) y los elementos placenteros (lo que uno quiere hacer). Se trata de que el sujeto logre un cierto equilibrio entre ambos.

Reducir el estrés a través del ejercicio y el deporte es posible dado que, como consecuencia de la ejecución de las actividades físicas, se obtiene una gama de efectos tanto físicos como psicológicos.

Las respuestas corporales incluyen la disminución de las mialgias, frecuentes en pacientes alcohólicos (Haskell, 1984, citado por Torild, 1988). A nivel miocárdico, se favorece el abastecimiento o incremento de oxígeno, la disminución del gasto cardíaco y el incremento de la función eléctrica (Torild, 1988). A su vez, se ha visto que mejora la eficiencia cardiovascular y se modifican los perfiles de riesgo tanto en pacientes sanos, pacientes de alto riesgo como pacientes con coronariopatías. Estas respuestas se mantienen en períodos de reposo y durante el máximo y mínimo período de trabajo físico. Del mismo modo, el ejercicio baja los niveles elevados de triglicéridos y del colesterol de baja densidad e incrementa el colesterol protector de alta densidad (Marlatt, 1994).

Similares efectos fueron señalados con anterioridad en Noruega por Frankel y Murphy (1974) y Torild y col. (1988), a través de estudios llevados a cabo con pacientes alcohólicos sometidos a entrenamiento físico en las Clínicas Hjellestad y Bergen (Noruega) respectivamente, reportando además la abstinencia en el consumo de alcohol y nicotina durante el período de entrenamiento, en ambos grupos de control.

En el campo psicológico - aspecto de mayor relevancia en el abordaje terapéutico - la práctica regular del ejercicio favorece la disminución de los niveles de ansiedad, irritabilidad y depresión (Dinubile y col. 1991, Dyer y col. 1995, Sutherland 1996).

Con respecto a la relación, actividad física - reducción de los niveles de depresión, Reuter y col. (1982) realizaron un trabajo en el que dividieron a 18 pacientes depresivos en dos grupos. El primero recibió sólo consejería y, el segundo, consejería más gimnasia, obteniéndose mejores resultados en el segundo grupo. Doyle y col. (1983) reportaron, luego de seis semanas de entrenamiento físico al que sometieron a su población de estudio, una disminución de los niveles depresivos. Iguales hallazgos señalaron McCann y Holmes (1984), para 41 mujeres depresivas sometidas durante 10 semanas a terapia aeróbica, y Martinsen y col. (1994) para una población de ambos sexos sometida a terapia aeróbica entre seis a nueve semanas. Por su parte, Klein y col. (1985) asignaron a 74 pacientes a tres diferentes grupos. El primer grupo recibió gimnasia, el segundo meditación-relajación y el tercero psicoterapia. El resultado, luego de 12 semanas de



entrenamiento, fue mejor para los dos primeros grupos. Frankell y Hopland (1984), para 49 personas que recibieron gimnasia aeróbica y terapia cognitiva en forma separada, llegan a iguales conclusiones, lo mismo que Sime (1987), en 15 sujetos sometidos a 10 semanas de ejercicios. Por su parte, Martinsen (1994), luego de efectuado su trabajo con población depresiva sometida a actividad física de tipo aeróbico, concluye que esta forma de tratamiento es realmente efectiva para la reducción de la depresión, aunque no significativamente diferente de otras modalidades de tratamiento, incluida la psicoterapia.

Pero la literatura también nos indica que la actividad física reduce los períodos de aburrimiento e inactividad, mejora la autoestima y la confianza en uno mismo, promociona una perspectiva positiva de la vida (Anthony 1993, Sutherland,1996), permite un mejor manejo del estrés (Carter, 1977, Sinyour, 1983, Anthony,1993), ayuda a la resolución de problemas (Kesgen,1995), mejora algunas funciones cognitivas como la imaginación y la memoria, el rendimiento académico y laboral, favorece el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas (Dyer, 1995), favorece el descanso y la inversión del ciclo del sueño, muchas veces alterado por la carrera adictiva (Saavedra Castillo, A., 1997, Lawrence, (1994), hace al paciente más receptivo a las intervenciones psicoterapéuticas, permitiéndole además una mejor organización de su tiempo libre (Vouri, 1988, Anthony, 1993, Kornblit, 1992 Marlatt, A. 1994) y ayudándolo a restablecer la coordinación (Vasudevan,1997); todo lo cual facilita la reducción de aquellos factores psicosociales presentes habitualmente en la génesis y mantenimiento del estrés, el que a su vez propicia la recaída.



4. PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA EN ADICCIONES

Se define la Terapia Física como una estrategia psicofísica, altamente sistematizada y centrada en los principios de la Cinesiterapia o Fisioterapia - el movimiento como elemento preventivo, curativo y rehabilitador -, cuyo propósito es reducir los niveles de estrés a través de la mejora de sus principales síntomas, tales como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y mialgias.

4.1. OBJETIVO GENERAL

Dados los fundamentos teóricos expuestos con anterioridad, consideramos que dos deberían ser los objetivos generales indispensables en todo programa de Terapia Física que se desee aplicar a pacientes adictos:

1. Disminuir los niveles de estrés en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
2. Mejorar la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
2. Mejorar el ciclo sueño-vigilia.
3. Mejorar los niveles de concentración.
4. Disminuir las mialgias.
5. Mejorar las capacidades cardiorrespiratorias.
6. Mejorar las capacidades broncopulmonares.

Además de los objetivos grupales, luego de la evaluación inicial es conveniente establecer objetivos individuales. Esto es necesario para mantener la motivación y conocer los obstáculos físicos, sociales, ambientales y psicológicos que puedan dificultar la adhesión del paciente no sólo al Programa de Terapia Física sino también a los modelos de intervención terapéutica (Anthony, 1993).



4.3. ETAPAS

Para el trabajo de Terapia Física se deben considerar 3 etapas:

4.3.1. EVALUACIÓN

El propósito de esta primera etapa será:

- a. Tener una clara idea de las potencialidades físicas y fisiológicas del paciente, que permitan discriminar el programa ideal del factible, considerando el estilo de vida del paciente.
- b. La individualización del programa a través del conocimiento de los obstáculos sociales, físicos, ambientales y psicológicos que impidan al paciente incorporarse o continuar en el programa (Balisle, 1987).
- c. Establecer objetivos alcanzables y estimulantes a corto, mediano y largo plazo.
- d. Educar al paciente y a la familia acerca de efectos, intensidad, duración y frecuencia de la Terapia Física.

La evaluación deberá comprender dos importantes rubros:

El primero de ellos relacionado con los antecedentes en la práctica de actividades físicas y deportivas. Si se ha hecho o se hace uso de un programa formal o informal de gimnasio y/o relajación, el objetivo en ambos casos será incluir dichas actividades en el programa, favoreciendo así la capacidad de disfrute y disminuyendo los estados de aburrimiento (Pérez, R.1996), y reducir la probabilidad de deserción, frecuente en pacientes adictos.

El segundo rubro corresponderá a la evaluación de las capacidades físicas, funcionales y psicomotrices.

Para tener en cuenta los rubros señalados, se propone la utilización de la Ficha de Evaluación de Terapia Física, creada por la autora del presente trabajo en 1994, modificada en base a la experiencia acumulada durante los 6 años de su aplicación en personas de ambos sexos y validada en el 2004. (Ver anexos).



Asimismo, para la evaluación de los niveles de estrés, se sugiere el empleo de la Escala Magallanes de estrés de García E. y Magaz A., también validada por la autora de este manual en el 2006. (Ver anexos).

4.3.2. PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO

A través de esta segunda etapa tanto el terapeuta como el paciente podrán:

- a. Medir la intensidad, frecuencia y duración del ejercicio a realizar en cada sesión terapéutica (Blair, 1985).
- b. Medir los progresos a lo largo del proceso y/o efectuar ajustes cuando el caso lo amerite. (Blair, 1985).
- c. Comparar, al término del programa, los resultados obtenidos en la evaluación inicial con los de la evaluación final (Blair, 1985).

Al constatar paulatinamente los progresos, se contribuye a favorecer la motivación del paciente con los subsecuentes beneficios ya señalados.

4.3.3. EJECUCIÓN

Características de las sesiones de Terapia Física

- a. Estructurada: lo cual implica no sólo contar con un programa general, sino también disponer con anterioridad del material que se va a emplear durante la sesión, evitando de esta manera pérdida de tiempo que pudiera cansar o irritar al paciente, lo que reforzaría una de las características del adicto como es la desmotivación (Pérez, R. 1996).
- b. Amena: por lo que se incluirán juegos creativos y participativos, así como ejercicios para ser ejecutados en grupo (Pérez, R. 1996).
- c. Segura: se brindará seguridad al participante y al grupo al no permitir el empleo de lenguaje inapropiado o el contacto físico-agresivo, con lo cual se contribuye también a establecer un estilo de vida diferente y adecuada en cada uno de los integrantes al programa (Pérez, R. 1996).



La participación del paciente será:

Precoz, voluntaria, personal y activa (Pérez, R. 1996).

El ejercicio prescrito será:

Conveniente, divertido, variado y modelado (Lapierre, 1987).



4.3.3.1. FASES DE LA EJECUCIÓN

Esta tercera fase contará con dos subfases:

A. Etapa inicial de motivación y de acondicionamiento físico

Características del ejercicio

Tipo de ejercicio: El plan de trabajo por sesión incluye una parte inicial de gimnasia aeróbica agrupada en el siguiente orden: calentamiento (trote), ejercicios cardiorespiratorios y ejercicios de fortalecimiento, finalizando con ejercicios de estiramiento.

La segunda etapa de la sesión es la recreativa-deportiva, siendo el grupo el que elige el deporte a practicar, favoreciendo de



esta manera que las respuestas musculares se realicen a nivel piramidal.

Frecuencia y duración: 2 veces por semana, dos horas y media por sesión durante 6 semanas.

Intensidad del entrenamiento: 45 a 60% de la capacidad máxima de reserva cardiorrespiratoria durante 6 semanas (OPS, 1993). Para obtener la capacidad máxima de reserva cardiovascular (frecuencia cardiaca máxima, medida a través de las pulsaciones) se sustrae, tras una sesión de gimnasia, en el varón, su edad de 220 y en la mujer de 228, luego se multiplica por 0.45 (45%) y 0.60 (60%) respectivamente, obteniendo así el rango de pulsaciones requerido para un adecuado entrenamiento.



Gimnasia: Recomendaciones

1. La programación de las sesiones de gimnasia deberá contemplar el desarrollo de tres exigencias: destreza, resistencia y fuerza.
2. Es necesario un entrenamiento básico científico.
3. Es conveniente agrupar a los pacientes según sus habilidades.



4. Iniciar las sesiones con tareas sencillas haciéndolas cada vez más complejas.
5. Emplear el método de calentamiento más efectivo, es decir, la carrera, pudiendo ésta ser hecha en variadas direcciones: círculos, zigzag, tiempos acelerados y retardados, pequeños saltos levantando bien las rodillas, etc.
6. Enseñar a los participantes una buena técnica respiratoria.
7. Incluir alternadamente temas de movimiento con elementos: pelotas, aros, cintas, etc.
8. Al iniciar la sesión, demostrar el movimiento deseado; y, mientras éste dure, el terapeuta físico no deberá hablar, evitando así distraer al grupo.
9. Matizar el tono de voz: voz alta y baja.
10. Combinar los períodos de trabajo con los de descanso.



B. Fase de Adiestramiento de resistencia

Características del ejercicio

Tipo de ejercicio: ejercicio dinámico, prolongado, predominantemente isotónico, de grandes grupos musculares (caminar, trotar, montar bicicleta, pesas).



La segunda fase de la sesión comprende la práctica deportiva con iguales características de la primera fase.

Frecuencia, duración e intensidad del ejercicio: 2 veces por semana, de 2 horas de duración, 60% a 70% de la capacidad máxima.

Tiempo de efectividad de la terapia: 6 semanas.

4.4. RECURSOS

4.4.1. HUMANOS

Para la realización de las actividades propias de Terapia Física es indispensable contar con un:

Tecnólogo médico en Terapia Física y Rehabilitación con formación en adicciones para así garantizar el cumplimiento del objetivo final: la rehabilitación del paciente.

Auxiliar de Terapia Física cuya presencia facilitará las interacciones ya que en ocasiones los grupos pueden ser difíciles; además, permitirá que el terapeuta físico controle y maneje los aspectos referidos al proceso y, el auxiliar, los relativos al accionar del grupo.

4.4.2. FÍSICOS

Áreas verdes, amplias y abiertas.
Gimnasio.

4.4.3. MATERIALES

Los indispensables son:

Implementos deportivos: pelotas (fútbol, básquet, voleibol).

Equipos de gimnasio: bicicletas estacionarias, discos, pesas, sogas, bandas elásticas, hula-hula; radio-tocassette, cassettes, estiletes, señaladotes, sillas, etc.



4.5. CONSIDERACIONES GENERALES

1. De preferencia efectuar el trabajo en un gimnasio y en áreas verdes.
2. En cuanto al ambiente, éste deberá estar libre de tensión, ansiedad y conflicto, fomentándose de esta manera la identificación, cohesión, esperanza, apoyo y aprendizaje nutritivo continuo.
3. Disponer, con anterioridad a las sesiones, del material necesario para la práctica del día, evitando de esta manera la desmotivación por parte de los participantes.
4. Dar las directivas en forma clara y firme.
5. La relación terapeuta-paciente deberá ser amistosa, evitándose todo trato preferencial y las confrontaciones improductivas y destructivas. (Xhardez, 1984). Asimismo, el terapeuta físico deberá propiciar la implicación cuando se produzcan nuevos ingresos y la interacción empática entre los miembros.
6. Dentro del trabajo de grupo, favorecer la mejora de las conductas sociales y de aquellos aspectos de la personalidad que pudieran ayudar al paciente a luchar contra una posible recaída (Lindemann, 1982).
7. Favorecer la expresión de opiniones por parte del grupo.
8. Alentar al grupo de manera sincera y sin exageración.



5. PLAN DE SESIONES DE TERAPIA FÍSICA PARA PACIENTES ADICTOS

MES	1RA SEMANA	2DA SEMANA	3RA SEMANA	4TA SEMANA
1ER MES	Relajación y recreación	Ejercicios Calisténicos Ejercicios Posturales Ejercicios de estiramiento Deportes de bajo impacto	Relajación y recreación	Ejercicios Calisténicos Ejercicios Posturales Ejercicios de estiramiento Deportes de bajo impacto
2DO MES	Ejercicios Calisténicos Ejercicios Aeróbicos de bajo impacto Ejercicios de estiramiento Deportes	Relajación Recreación Deportes	Ejercicios Calisténicos Ejercicios Aeróbicos de bajo impacto Ejercicios de estiramiento Deportes	Relajación Recreación Deportes
3ER MES	Marcha viva Marcha lenta Marcha viva Ejercicios relajación recreación	Ejercicios Aeróbicos: trote, ejercicios cardiovasculares, de fortalecimiento, de estiramiento. Deportes	Marcha viva Marcha lenta Marcha viva Ejercicios relajación recreación	Ejercicios Aeróbicos: trote, ejercicios cardiovasculares, de fortalecimiento, de estiramiento. Deportes





6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso, R. (2001) El estrés. Metodología de la investigación [monografía en Internet]. 2001 [acceso 16 de junio de 2008]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml
2. Allsop, S. Saunders, B. Phillips, M. Carr, A. (1997) A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. Flinders University of South Australia (Austr). 1997; 92 (1): 61 - 73.
3. Anthony, J. Aspectos psicológicos del ejercicio. En: Dinubile, N. Director. Clínicas de medicina deportiva. Madrid: Interamericana McGraw-Hil; 1993. p.182-193.
4. Austin, D. Recreación Psicoterapéutica: Avances conceptuales e investigativos. [monografía en Internet]. Nueva York: 2001 [acceso 2 de noviembre de 2006]. Disponible en: www.redcreacion.org/documentos/c.
5. Belisle, M. Improving adherence to physical adherence. Londres: Health Psicology; 1987.
6. Blair, E. Fitness and incident of hypertension in healthy normotensive men and women. Madrid: JAMA; 1985.
7. Becker, B. El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional. Lecturas: Educación física y Deportes. Revista Digital [revista en Internet] 2005; [acceso 26 de julio de 2006]. Disponible en: www.efdeportes.com/efd12/bennoe.htm.
8. Berger, B.G. Coping with stress: The effectiveness of exercise and other techniques. Human Kinetics Publishers. Illinois.2004; 46: 00-109.
9. Becoña, E. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?. Galicia: Universidad Santiago de Compostela; 1997.
10. Carnano, A. Estrés y adaptación. Estrés y trastornos psicofisiológicos. [monografía en Internet]. Psicología de la salud. (Alicante): 2002 [acceso 12 de enero de 2007]. Disponible en: www.perso.wanadoo.es/aniortenic/apu
11. Carter, R. Exercise and Happiness. Journal of Sports Medicine. 1977; (17): 37-52.



12. Davis, M. Técnicas de Autocontrol. 1ra. ed. Barcelona: Martínez Roca; 2004.
13. Dinubile,N. (1992). El ejercicio como medicina. En: Dinubile N, Director. Clínicas de medicina deportiva. Madrid: Interamericana- McGraw.Hill; 1993. p. 1-35.
14. Doyle, E. Chambliss, D. Beutler, L. Aerobic exercise as a treatment for depression in women. Behaviour Therapy, 1983; 14: 434-440.
15. Dyer, J. Cardiología del deporte, beneficios y complicaciones de la actividad física. Academia Olímpica Peruana (Lima).1995.
16. Frankell, A. Murphy, J. Physical fitness and self-concept in hospitalized alcoholics. Quarterly Journal of Studies. 1974; 35: 1272-1278.
17. Folkins, C. Sime, W.E. Physical fitness training and mental health. Amer Psy 1981; 36: 376-389.
18. García, E. Magaz, A. García R. Escala Magallanes de Estrés. Disponible en La Biblioteca de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima.
19. García, J., Maceo, L. La equinoterapia como medicina y recreación en niños. Sierra Maestra diario digital [revista en Internet] 2005. [acceso 2 de noviembre de 2006]. Disponible en: www.sierramaestra.cu/esp/noticias
20. Guebaly, N. Hodgins, D. Substance related cravings and relapses: clinical implications. Can - J - Psychiatry (Alberta) 1998; 43 (1): 29-36.
21. Haskell, M. The effect of physical training on prevention in alcoholics. En: 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Oslo: Ragner Waahlberg; 1988. 347-353.
22. Kesgen, E. Recreational Therapy. Western Carolina University. 1995.
23. Klein, M. Greist, Jh. Gurman, A. A comparative outcome study of group psychotherapy vs. exercise treatments for depression. International Journal Mental Health 1985; (13): 148-177.
24. Korniblitz, A. Mendes, A. Prevención de recaídas en drogadicción. Buenos Aires: UBA; 1992.

25. Ivanovic, F. Salfate, C. Silvan, A. Véliz, S. Espejo, C. Rios, H. Latournerie, CH. Estudio descriptivo y factores pronósticos del alcoholismo en la comuna de Peñaflor. Revista psiquiátrica de Chile (Sant. de ch.). 1987; (4): 207-216.
26. Labrador, F. ¿Voluntad o autocontrol? Madrid: Temas de hoy; 2000.
27. Lapierre, A. La Reeducación Física. Cinesiología y Reeducación. Barcelona: Científico-Médica; 1987.
28. Lawrence,R. Cómo beneficia el ejercicio vigoroso. En: Getchell, A. Comp. La fisiología y la buena condición física. México D.F: Uteha Noriega; 1994.
29. Lazarus, R, Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
30. Lee, K. El ejercicio y la depresión. Texas: A. Healthy Medice; 2004.
31. León, AS. The role of physical activity in the prevention and management of obesity. Sports Medicine (San Diego).1988; (2).
32. Lindemann, K. Tratado de Rehabilitación. 2da. ed. Barcelona: Labor S.A; 1982.
33. Liga Mundial contra la Hipertensión. El ejercicio en el tratamiento de la hipertensión. Bol of Sanit Panam. 1993; 114(4): 326-332.
34. Marlatt, A. (1994). Lifestyle modification. En Marlatt A. Gordon J, editor. Relapse prevention general overview. Washington D.C. 1994; 280-346.
35. Martinsen, E.W. Physical activity and depression: clinical experience. Acta Psychiatr Scan. 1994; 377: 16-22.
36. McCann I. Holmes D. Influence of aerobic exercise on depression Journal Personality Society Psychology. 1984; 46: 1142-1147.
37. McCusker, J. Bigelow, C. Vickers-Lahti, M. Spotts, D. Garfield, F. Frost, R. Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. University of Massachusetts (Amherst). 1998; 92 (11): 1467-1478.
38. Mevhibe, A. Efectos del ejercicio sobre la ansiedad. [Monografía en Internet]. 2003 [acceso 29 de mayo de 2008]. Disponible en: www.deportes.cl/secciones/salud.com



39. Miller, NS, Gold, MS. (1998). Management of withdrawal syndromes and relapse prevention in drug and alcohol dependence. *am-Fam-Physician* (Chicago) 1998; 58 (1): 139-146.
40. Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Nueva York, 2003.
41. Pafferbarger, R.S. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American collage men. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl*, 377.1994; 16-22.
42. Pérez, R. La Terapia Física en las Adicciones. *Anales de Salud Mental* (Lima) 1996; (XII): 293-295.
43. Petruzzello S.J. A metaanalysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sport Medicine* 1991; 11 (3): 143-188.
44. Roca, M. Estrés y emoción. [Monografía en Internet]. La Habana: 2006 [acceso 27 de noviembre de 2007]. Disponible en: www.infomed.sld.cu/sitios/ponlevida.
45. Reuter, M. Mutrie, N. Harris, D. Running as an adjunct to counseling in the treatment of depression. Pennsylvania State University, 1982; (82): 4-9.
46. Saavedra, A. Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso del Alcohol. Ministerio de Salud (Lima). 1997; (parte II) 30-34.
47. Secadas, R. Díez, A. Fernández, J. Factores que pronostican la recaída tras un programa para dejar de fumar. *Rev. Esp. Drogodep.* (Oviedo) 1998; 23 (2): 129-138.
48. Sime, WE. (1987) Exercise in the treatment and prevention of depression. En: Morgan, W. Golston, S. Editor. *Exercise and mental health*. Washington D.C., Hemisphere; 1987.
49. Sinyour,D. Aerobic fitness level and reactivity psychosocial stress. Psychological, biochemical and subjective measures. *Psychosomatic Med.* 1983; 45: 205-216.
50. Schmitz, J. Oswald, L. Jacks, S. Rustin, T. Rhoades, H. Grabowski, J. Relapse prevention treatment for cocaine dependence: group vs. individual format. Houston: University of Texas Medical School; 1997.



51. Sutherland, J. En contacto con la salud. Carolina: Wester Carolina University; 1996.
52. Tohen, A. Medicina Física y Rehabilitación. México D.F: Panamericana; 2000.
53. Torild, B. Laberg, J. Svebak, S. The effect of physical training on prevention in alcoholics. En: 35th international congress on alcoholism and drug dependence. Oslo: Ragner Waahlberg; 1988. 346-353.
54. Vasudevan, J. Nonpharmacologic Management: Physical and Psychosocial. Journal of Sports Medicine. 1997; (17): 53-65.
55. Vouri, Y. (1988). Ejercicio Físico y Salud. Revista del Servicio de Sanidad de Las Fuerzas Policiales.1988; 49(1): 69-74.
56. Wasthon, A. M. La Adicción a la cocaína. Barcelona: Paidós; 1995.
57. Weinstein, A. Feldtkeller, B. Malizia, A. Wilson, S. Bailey, J. Nutt, D. Integrating the cognitive and physiological aspects of craving. University of Bristol (Gloucestershire). 1998; 12(1): 31-38.
58. Xhardez,Y. Vademedcum de kinesioterapia y de reeducación. 2da. ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1994.





ANEXOS





FICHA DE EVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA

Nº HC EDAD FECHA / /

NOMBRE

DIRECCIÓN

Estado Civil Grado de Instrucción.....

Ocupación.....

Diagnóstico

Último Consumo

Referido por:

1. Antecedentes en la práctica de actividades físicas deportivas:

.....
.....
.....

2. Actividades recreativas:

.....
.....
.....

3. Actividades tendientes a relajación:

.....
.....
.....

4. Actividades - laborales:

.....
.....
.....

5. Destrezas adquiridas:

.....
.....



EVALUACIÓN FÍSICA, FUNCIONAL Y PSICOMOTRIZ

ITEM	/	/				
POSTURA						
PESO						
SIST. NEUROMUSCULAR	/	/				
TONO						
TROFISMO						
FUERZA						
SENSIBILIDAD						
APTO CARDIORESP.	/	/				
PULSO						
APNEA VOLUNTARIA						
RESP. AL EJERCICIO						
PSICOMOTRICIDAD	/	/				
EQUILIBRIO ESTÁTICO						
EQUILIBRIO DINÁMICO						
ESQUEMA CORPORAL						
EXPRESIÓN VERBAL						
MOV. SIMULTÁNEOS						
EXPRESIÓN CORPORAL						



Escala de evaluación

- 4. AUMENTADO
- 3. BUENO
- 2. REGULAR
- 1. MALO

1. CONCLUSIONES (FECHA)

.....
.....
.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

FIRMA.....

EVOLUCIÓN

.....
.....



INSTRUCTIVO DE LA FICHA DE EVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA

ITEM	PRUEBA	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN	ERRORES
POSTURA	Tablero cuadriculado de Foutnie. Polígonos de Hodre	Situar al sujeto delante del tablero, un talón a cada lado de la línea central. Puntos característicos: Marcar 2,3,4. 1. Cima de la cabeza 2. Acromiones 3. Punto de declive 10 ^a costilla 4. Cima de trocánteres mayores 5. Línea que separa los talones.	Adeuada Inadecuada	
PESO	Medición a través del uso de balanza	Relación entre el peso (en kgr.) y la talla (en cm.) en función de la edad y sexo.	Adecuado Inadecuado	

SISTEMA NEUROMUSCULAR

ITEM	PRUEBA	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN	ERRORES
TONO	Contracción muscular de base sobre la que se superpone la actividad clónica (actividad en movimiento)	Solicitar que efectué un movimiento específico. Palpación de la extensibilidad pasiva y relajación.	Hipertonia (tensión) Isotonía Hipotonía (relajación)	
TROFISMO	Valoración de la Piel y masa muscular (o masas musculares)	Observación del estado nutritivo de la piel: sequedad, turgencia, elasticidad. Palpación de masas musculares. Medición comparativa del calibre de las masas musculares usando cinta métrica, En puntos semejantes de uno y otro lado.	Hipertrofismo Isotrofismo Hipotrofismo	Presión ejercida por la cinta métrica no igual en ambos lados.
FUERZA	Método de gradación de Levett	Valoración de la intensidad con que se contrae la musculatura y de la sincronización de los segmentos en reposo y movimiento.	Bueno: contra gravedad más resistencia. Regular: contra gravedad sin arco completo. Malo: sin gravedad más arco completo.	

ITEM	PRUEBA	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN	ERRORES
SENSIBILIDAD	Sensibilidad epicrítica	Hincar el dorso de la mano Discriminación de dos puntos	Bueno: respuesta rápida y correcta. Regular: respuesta lenta y correcta. Malo: respuesta Incorrecta.	

APARATO CARDIORESPIRATORIO

ITEM	PRUEBA	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN	ERRORES
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Total de inspiraciones por minuto	Observar los movimientos del Tórax y escuchar los ruidos respiratorios	Taquipnea: Mayor 20" Normal: 15-20" Bradipnea: Menor a 15"	Cuando es Imposible ver los movimientos del tórax o escuchar la respiración, colocar una mano en el tórax.
PULSO		Se localiza en el extremo inferior del hueso radio por fuera del tendón del músculo mayor, arteria radial	Taquicardia: Mayor a 80 puls/min. Normal: 60-80 puls/min. Bradicardia: Menor a	
APNEA VOLUNTARIA	Prueba de Leroy y Desnops	Detener la respiración sin inspiración o expiración previa.	Bueno: 50" Regular: 49 a 33" Malo: 32"	Inspiración o expiración previa
RESPUESTA AL EJERCICIO	Test de Tecumseh	Subir y bajar de un banco de 20cm. de altura durante 3mm. y al ritmo de 24 pasos por minuto. Esperar un minuto después del ejercicio y tomar el pulso.	Excelente: -68 Bueno: 68-79 Media: -90-99 Malo 100	



PSICOMOTRICIDAD

ITEM	PRUEBA	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN	ERRORES
EQUILIBRIO ESTÁTICO	Examen motor de Ozeretzki	Con los ojos cerrados mantenerse sobre la pierna izquierda, la planta del otro pie apoyada en la cara interna de la rodilla izquierda, manos en los muslos. Dar reposo de 30" y cambiar de pierna	Bueno: 10" Regular: 9" a 8" Malo: -7	Dejar caer la pierna. Pérdida del equilibrio. Elevarse sobre la punta del pie
EQUILIBRIO DINÁMICO	Examen motor de Ozeretzki Lares	Saltar con los pies juntos, con impulso	Bueno: 50cm.+ Regular: 40-50 Pobre: -70 Malo: -29	Caer. Tocar el suelo con las manos. Caer sobre los talones
ESQUEMA CORPORAL	Adaptación de la prueba de Piaget Y Head	Con una mano ejecutar el conocimiento topológico de las diferentes partes del cuerpo que se le va indicando	Bueno: Respuesta rápida y correcta. Regular: Respuesta lenta y correcta. Malo: no identifica	
EXPRESIÓN VERBAL		Proporcionar un texto de 15 líneas como mínimo para que lea. Valoración del tono y la pronunciación	Adecuada Inadecuada	
MOVIMIENTOS SIMULTÁNEOS	Ozeretzki-Guilmain	Brazos extendidos al frente. Palmas hacia arriba. Cerrar el puño izquierdo y Flexionar lateralmente la muñeca derecha (dedos en dirección a la otra mano). Invertir a un tiempo la posición de las manos y continuar alternativamente a la máxima velocidad. Repetir la prueba con los ojos cerrados	Adecuado Inadecuado	Movimientos no simultáneos. Poner las dos manos en la misma posición. Flexionar los codos. Menos de 12 movimientos por cada mano
EXPRESIÓN CORPORAL	Sentido del reflejo o de copia de una realidad	Elaboración de movimientos expresivos	Adecuada Inadecuada	Dificultad en el dominio e integración corporales

(versión: 2.96)

Julio 1996

ESCALA MAGALLANES DE ESTRÉS*E. Manuel García Pérez. Angela Magaz Lugo y Raquel García Campuzano. Reservados todos los derechos.*

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Fecha: _____ Sexo: M F

A continuación, te presentamos una lista de cosas que te pueden suceder. Desearía que me indiques la frecuencia con que te ha sucedido cada una de ellas durante los dos últimos meses.

Por favor, marca con una equis –X- la casilla correspondiente, de acuerdo con la siguiente escala:

N = Nunca **AV** = Alguna vez **BV** = Bastantes veces **MV** = Muchas veces

Lee con cuidado y detenimiento cada una de las frases y contesta a todas. GRACIAS.

DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS MESES...

	N	AV	BV	MV
Me ha costado mucho concentrarme en lo que hacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me cansaba con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me irritaba con cualquier contrariedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me costaba empezar a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve sueños que me inquietaban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me desperté una o más veces en la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve diarrea o estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me desperté con la sensación de no haber descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuve dolores en alguna parte del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me acatarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se me olvidaban las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me costaba mucho estar tranquilo/a y relajado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he mordido las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He tenido algún o algunos tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He comido mucho menos, o mucho más, de lo que antes comía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Manual de Terapia Física en Adicciones

GUÍA ESTRUCTURADA DE TERAPIA FÍSICA PARA PACIENTES ADICTOS
