

HEZKUNTZA ETA KIROL FAKULTATEA  
Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzietako Gradua  
2018-2019

JARDUERA FISIKOA ETA ONGIZATE PSIKIKOA

Esku-hartze proposamena patologia duala duen pertsona talde batean

EGILEA: Asier Petrirena Barcena

ZUZENDARIA: Luis Maria Zulaika Isas

2019eko ekainaren 2a

## AURKIBIDEA

1. MARKO TEORIKOA.....	3
1.1. Jarduera fisikoa, ariketa fisikoa eta kirola.....	3
1.2. Osasuna eta ongizatea.....	6
2. <u>Definizioak</u> .....	6
3. <u>Osasunaren bilakaera historikoa</u> .....	8
4. <u>Osasunaren osagaiak</u> .....	12
a. <i>Bizi poza</i> .....	13
b. <i>Autokontzeptua</i> .....	13
c. <i>Autokontzeptu fisikoa</i> .....	15
d. <b>Antsietatea</b> .....	17
e. <i>Patologia psikikoak</i> .....	18
• <i>Patologia duala</i> .....	19
1.3. Jarduera fisikoa eta osasuna.....	22
a. <i>Eragin fisikoa</i> .....	22
b. <i>Eragin soziala</i> .....	24
c. <i>Eragin psikologikoa</i> .....	24
1.3.1 <u>Jarduera fisikoa eta osasunaren osagarriak</u> .....	27
a. <i>Bizi poza</i> .....	27
b. <i>Autokontzeptu fisikoa</i> .....	27
c. <i>Antsietatea</i> .....	27
d. <i>Patologia duala</i> .....	27
2. ESKU-HARTZEA.....	30
2.1 . Aurreko ikerketen errebisioa.....	30
2.2 Nire esperientzia.....	41
a. <i>Xilema fundazioaren programa</i> .....	41
b. <i>Nire esku-hartzea</i> .....	44
2.3 Programa proposamena.....	47
3. BIBLIOGRAFIA.....	51

## SARRERA

Lan honetan jarduera fisikoak eta osasunak duten harremana aztertu dut, orokortasunetik eta terminoen definizio eta garrantzi historikotik hasita aztertu nahi nituen nahasmendu mentaletan zentratuz.

Gai honek beti erakarri izan nau, nire bizitzan jarduera fisikoak garrantzi handia izan duelako. Bizitza osoan zehar lagundu izan dit eta askabide oso garrantzitsua izan da niretzako txikitatik; oso kirolaria izan naiz betidanik eta egunerokoari aurre egiteko laguntza izugarri izan da. Lesio larriengatik ere denbora luzez gustuko nituen kirolak egin gabe egon naiz oso gazte nintzela, nire lagun guztiek arazorik gabe disfrutatzen zuten bitartean. Hala ere, egoerara egokitu eta ahal nuen moduan jarduera fisikoa egiten saiatu naiz.

Betidanik ikusi dut jarduera fisikoak eta ariketa fisikoak bereziki osasunean izan dituen onurak. Osasuna da niretzat bizitzan garrantzitsuena, zoriontsu sentitzea, arazoei aurre egiteko gai sentitzea, zure burua ezagutzea, autonomo sentitzea, maite dituzun pertsonak inguruan sentitzea, zure inguruan integratua sentitzea, egoera fisiko egokia izatea, etab. da niretzat pertsona baten bizitzaren zentzua. Niri jarduera fisikoak osasuntsu egoten izugarri lagundu dit.

Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzietako 3. mailako ikasle nintzela, 8 hilabetean zehar klasera etortzea galarazi zidan gertaera bat izan nuen. Garai zaila izan zen noski, eta hor ere jarduera fisikoa eta kirola sostengu izan nituen. Geroztik jarduera fisikoa nire bizitzaren oinarri bilakatu da.

Nire esperientziatik ikasi dudana benetan ikerketan eta zientzian frogatzen den ikusi nahi nuen, beste errealitate batzuk ezagutu eta benetan jarduera fisikoaren garrantzia neurtu nahi nuen. Horregatik egin dut lan hau, egoera oso larri batean jarririk, patologia dualean hain zuzen. Lehen eskutik 8 hilabetean zehar gaixotasun hau sufritzen duten pertsonekin egon naiz, haiekin jarduera fisikoa egin dut eta haiei jarduera fisikoak duen garrantzia azaltzen saiatu naiz. Orain aurkeztuko dizuedan lan honetan ikerketa eta esperientzia hori guztia azalduko dut.

## 1. MARKO TEORIKOA

### 1.1. Jarduera fisikoa, ariketa fisikoa eta kirola

Nahiz eta bi terminoak esanahi bera balute bezala erabiltzen diren, hainbat autorek ezberdintzen dituzte Jarduera Fisikoa eta kirola. Lan honetan asko erabiliko diren terminoak izanik, garrantzitsua da bakoitzaren esanahia zehaztasunez ezagutzea.

Jarduera fisikoa azaltzeko zenbait definizio osagarri aurki ditzakegu:

Jarduera fisikoa borondatez egiten dugun gorputz mugimendua da, esfortzua eta energia gastu bat eragiten duena. Horrek hitz honi esanahi oso zabala ematen dio (Terrerros et al., 2009).

Helburu batekin edo helbururik gabe egin daitekeen gorputzaren ekintza da. Lehen kasuan heziketa, kirol, aisialdi edo osasun arloan erabiltzen da. Bigarren kasua pertsona baten eguneroko jarduerak lirateke; horiek ez dauzkate berez jarduera fisikoak berezko dituen helburuak, baizik eta lanean edota eguneroko beharretan egiten diren borondatezko mugimenduak dira (Vargas R, 2007).

Jarduera fisikoa muskulu egituraren uzkurketagatik gorputzeko edozein mugimendu da eta gastu energetiko bat sortuko digu. Autobusa hartzeko korrika egitea, platerak garbitzea edo erosketak egitea jarduera fisikoa da. Jarduera fisikoa egunero egiten dugula esan dezakegu. Horregatik da garrantzitsua bizitza sendentarioa ez edukitzea, gure bizimodua delako osasuntsu egotea edo ez egotea eragingo duena (Dasil, J. 2004).

Jarduera fisikoaren definizioak ekintza asko hartzen ditu bere gain, intentsitate desberdinekoak eta aisialdi edo lan arloan egiten direnak, antolatu eta planifikatuak edo antolatu gabeak. Gure egunerokoan ariketa fisikoa egiten dugu, egoera hauetan adibidez:

- Laneko ekintzak. Egiten dugun lanaren arabera gure gastu energetikoak osasunean lagun dezake. Lan batzuk aktiboak eta biziak dira, beste asko sedentarioak eta geldoak dira. Azken urteetan produkzio sektoreetan gertatzen ari den mekanizazio eta automatizazioa dela eta, gutxitzen ari da **askorentzat lanak dakarren gastu energetikoa (Canadá fitness survey, 1983)**.
- Etxeko lanak. Lanean esan bezala, etxeko lanetan ere mekanizazio eta automatizazio prozesuak esfortzua asko gutxitu du eta erraz egiten da.
- Eguneroko mugimenduaren jarduera fisikoa. Garraio publiko edo pribatuaren erabilerak ere asko gutxitu du egunerokoan egiten den jarduera fisikoa. Horregatik entzuten ditugu askotan gure gorputza erabiltzeko gomendioak, bestela ez direlako erretzen egunero erretzea gomendatzen diren kaloriak.

Ikusi bezala, aurreko egoerak egunerokoan denok bizitzen ditugun egoerak dira, baina ez da aipatzen aisialdi egoera, nahi dugun erara antolatu eta planifikatzen dugun lanik gabeko esparrua baita hori. Aisialdi denboran egiten den jarduera fisikoari ariketa fisikoa deritzo. Ariketa fisikoa denbora libreko jarduera fisikoa da, osasuna hobetzea, garapen fisikoa edota forma fisiko egokia lortzeko egiten dena (Caspersen et al 1985). Praktika honetan parte-hartzaileek askotan espezialista baten laguntza jasotzen dute ariketaren exekuzioan, intentsitatean eta maiztasunean laguntzeko, nahiz eta ondo ikasi ondoren batzuek laguntzarik gabe jarraitzen duten. Horrela, termino honek jarduera fisiko bezala kategorizatuko genituzkeen zenbait ekintza baztertzen ditu, planifikatu gabe eta osasun helbururik gabe egiten direlako: erosketak egitea, autobusa hartzeko korrika egitea, nekazariaren lanak egitea... (Terreros et al. 2009).

Kirola oso ezaguna den eta oraindik aipatu ez dugun termino bat da. Askok ariketa fisikoari kirola deitzen dioten arren, biak ez dira gauza bera. **Lopez de Viñaspre et al. (2003)**: Kirola arauen bidez antolatzen den ariketa fisikoa da, banaka edo taldeka egiten dena. Kirolean lehia oso ohikoa da; banakoek edo taldeek helburu bat lehenago nork lortzen duen elkarren aurka jokatzeko dute.

Parlebasek, berriz (1981), kirola arautu eta instituzionalizatutako lehiaketan egiten den egoera motorra dela dio. Ikusten dugu ikerlari guztiek onartzen diotela kirolari

lehiaketa kutsua, eta, nahiz eta era ludikoan egin, kirolak berak barne helburu bat duela onartzen da.

*Deporte* hitza Real Academia de la Lengua Españolaren hiztegian bilatzen badugu, hau azalduko zaigu: “(de deportar) m. recreacion, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre...”. Hiztegiaren jarraibideei kasu eginda, *deportar* hitzera joko dugu, eta haren hirugarren esanahia da: “ (del latin *deportare*) //3.ant. Divertirse, recrearse...”. Ikerketari jarraituz, latineko hiztegi batera (Diccionario Etimológico Latino y Español, 1985) joko dugu eta bertan *deportare* bilatuz gero hau aurkituko dugu: “deporte, placer, entretenimiento” (Saul Garcia Blanco, 1994).

*Kirol* hitza Euskaltzaindiaren Hiztegian bilatuz gero, hau ikusiko dugu: “Gorputz ariketa berezkoa duen jarduna, eta, bereziki, jokoa, bakarka edo taldean egiten dena; jardun horren era berezi eta arautuetako bakoitza”.

## 1.2. Osasuna eta ongizatea

### 1. Definizioak

Terreros eta laguntzaileek (2009) diote osasuna ongizate fisiko, mental eta sozialaren ondorioa dela. Gaixotasun eza baino zabalagoa da osasuna, denboran zeharreko prozesu bat da. Osasuna heriotzatik hurbileko egoerak bizitzetik funtzionamendu fisiologiko egokia izaterainoko tartekoa izan daiteke.

OME, 1946: Osasuna ongizate fisiko, psikiko eta sozialeko egoera da. Genetikak, herentziak, konstituzio berezitasunek, bizi baldintzek, elikadurak, garbitasun ohiturek eta beste faktore batzuek baldintzatzen dute.

Ikusten dugu nola autore eta ikertzaile nagusiek osasuna ongizate terminoarekin lotzen duten baina ez dute ongizateak esan nahi duena argi uzten. Horregatik da garrantzitsua ongizateak esan nahi duena azaltzea.

Ongizatearen ikerketa bi talde nagusian banatu daiteke: bat zoriontasuna aztertzen duena, hau da, ongizate psikikoa (ongizate hedonikoa) eta bestea gizakiaren gaitasunen garapenarekin loturikoa (ongizate eudaemonikoa), ongizate fisiko eta soziala (Ryan eta Deci 2001). Ongizatearen ikerketa prozesuan bi etapa bereizten dira gainera. Bat, oinarria, bakoitzak bere bizitzari buruz egiten duen balorazioa da, hau pertsona bakoitzarentzat garrantzitsua denari buruz egiten den balorazioa izango da. Bigarrenik, ongizateak dakartzan prozesuak ere aztertzen dira (Cuadra eta Florenzano, 2003). Ongizatea kontzeptu subjektiboa dela esatea garrantzitsua da, bakoitzaren beharrak asetzeko gaitasunean oinarritzen da. Aurretik esan den bezala, bakoitzak ez du bizitza berdin ikusten, pertsona guztiek ez dituzte helburu berak izango. Ongizatea bakoitzak dituen helburuak betetzearekin guztiz loturik dago eta hauek dira bere osagarriak: bizitzaren satisfazioa, zoriontasuna eta sentimendu positibo eta negatiboen arteko oreka.

Ongizatea hiru giza kategoria asetzearen menpe dago: edukitzea, harremantzea eta izatea. Lehenengoa jabetza materialarekin lotuta dago. Bigarrena afektuarekin loturik dago familia, lagun edo bikote harremanei dagokienez. Baina osasuna ez dago soilik faktore sozial edo ekonomikoen menpe, norbanakoak ere garrantzia du, gizakiak autorrealizazioa sentitzeko beharra du.

Orain arteko teoriek osasuna bereziki subjektibotasunean kokatu dute, baina Gavidiairen (1998) ustez osasuna ez da pertsonak sortzen duen kontzeptua bakarrik, kontzeptu hori gizarte batean sortzen delako eta honek eragina duelako. Aurretik esan bezala, ezin da ukatu gizarteak eta haren instituzioek gaixotasunen sorreran duten ardura. Perspektiba honek hainbat kontzeptu azpimarratzen ditu:

- Osasuna definitzeko faktore sozialen garrantzia
- Giza eskubideak bermatu ezean bizi baldintza hauek osasun eta ongizatean duten eragina

- Pertsonak beren ingurua eraldatzeko gaitasuna izateak duen garrantzia
- Osasunean garrantzia du zerbitzuak jaso eta aukerak edukitzeko pertsonen erraztasunak

**“Ikuspuntu honek osasunak eta heziketak giza eskubide oinarritzkoenak bermatzeko duten garrantzia azpimarratzen du, pertsonen gaitasun indibidual eta kolektiboak garatzeko. Eskubide horiek bermatzearen arduradun nagusia estatua dela esaten du, hark izango duelako biztanleen bizi baldintzak hobetzeko eskubidea eta gaitasuna. Bizi kalitatean eragina duten faktoreak aldatzeko modu bakarra ekintzaile sozial ezberdinean arteko talde lana da” (Gavidia, 1998).**

## 2. Osasunaren bilakaera historikoa

Gavidia (1998) dioen bezala, osasunaren kontzeptua dinamikoa eta historikoa da eta egoeraren, kulturaren eta biztanleen bizi baldintzen arabera aldatzen da. Pertsonak osasunari buruz duten kontzeptua bizi duten egoera sozialak zehazten du. Gizartea aldatzen joan da, ekonomia aldatu da, bizitzeko beharrezko lana aldatu da eta horrek bizi baldintzak asko aldatu ditu. Garai bakoitzeko bizi baldintzak eta gaitasunak pertsonen pentsamendua zehazten du eta horregatik osasunaren ikuspegiak aldaketa prozesu bat bizi izan du.

Ez dago, beraz, osasunaren kontzeptu bakarra, eta hau faktore eta egoera askoren arabera aldatzen da, hala nola kultura, zientzia eta herrietako baldintza sozioekonomikoak nagusiki. Urteetan zehar osasuna eta gaixotasuna ulertzeko moduak aldatzen joan dira. Garrantzitsua da argi izatea zer den osasuna guretzako, horrek eragin handia izango duelako hura lortzeko egingo dugun bidean (Gavidia 1998). Osasunari buruz pentsatzen dugunak zehazten du harekiko egiten duguna, bai gure bizitza profesionalean baita pertsonalean ere.



Osasunaren ikuskeraren eboluzio historikoa jarraitzeko oinarri bezala Gavidia idatzia hartuko dugu (1998):

- Osasuna gaixotasun eza bezala ulertzean

Perspektiba honetatik osasuna bizitzaren egoera normala da eta horrek osasuna definitzeko zailtasuna handitzen du. Osasuna galtzen denean bakarrik definitzeko aukera ematen digu, hau da, gaixotasunaren sintomak azaltzen direnean. Honela, txuria beltzaren kontrakoa edo heriotza bizitzaren kontrakoa den bezala, osasuna gaixotasunaren kontrako bezala ulertuko da. Horregatik, osasunak ez luke zentzurik izango gaixotasunik gabe eta biologia eta gizakiaren ezaugarri fisikoetara mugatuko da. Osasuna bilatzeko neurriak zenbait gaixotasun izateko arriskua gutxituko zuten jarrera eta medikamentuak hartzera mugatuko zen.

Gutxinaka-gutxinaka osasuna ulertzeko modu hau galtzen joan zen, ez delako definizio positibo bat, definizio negatiboa baizik, hau da, osasuna zer ez den ulertzeko balio digu baina ez osasuna definitzeko.

- Osasuna definitzeko ongizatearen ideia

Aurretik esan bezala, OMEk 1946an osasunaren definizio positibo bat egin zuen: osasuna ongizate fisiko, mental eta sozialeko egoera da eta gaixotasunik gabekoa da. Definizio horren arabera, osasuna ez da soilik gaixotasunera mugatzen, pertsona baten prozesu indibidual, kolektibo eta kulturelei lotzen baitzaie.

Aurrerapen bat izan zen hori, aurretik esan dugunagatik, osasunaren definizio positibo bat behar genuelako eta definizio honek behar hori bete zuen. Gainera, osasuna ez zuen soilik termino fisikoekin definitzen, baita mental eta sozialekin ere.

OMEren definizioak kritika asko jaso zituen, batzuek esaten zuten utopikoa zela, osasun edo gaixotasun egoera gorena existitzen ez delako. Gaixotasuna edota osasuna ez dira baldintza absolutuak, prozesu gradualak da, bien

artean maila ezberdinak egon daitezkeelako. Gainera, definizio honek osasuna modu estatikoan definitzen digu, egoera bat bezala erakusten du eta ez prozesu dinamiko eta aldakorra bezala.

- Osasuna inguruarekin egonkortasuna izatea da.

Aurrerago ikusi zen gaixotasun eta osasun prozesuan faktore askok eragiten dutela. Osasunak esanahi desberdina du kulturaren arabera. Gainera osasuna faktore naturalak eta komunitatea biltzen dituen egonkortze prozesu bat da (Gavidia, 1998).

Zientzian egindako zenbait aurkikuntzak ere osasunaren terminoa berriro planteatzera bultzatu dute. Tuberkulosia eragiten zuen Koch baziloa aurkitu zenetik jakin zen mikroorganismo horrekin kontaktua zuten pertsona guztiek ez zutela gaixotasuna garatzen. Zergatik? Mikroorganismoarekin harremana izateaz gain beste faktore batzuk behar zirelako tuberkulosia garatzeko: elikadura, lan fisikoa, bizi baldintzak, etab.

Argi geratu zen orduan gaixotasun batzuk garatzeko garrantzitsuagoak zirela pertsonaren egoera ekonomiko eta soziala baldintza biologiko eta fisikoak baino.

Aurkikuntza horiek indarra eman zioten pertsonak bere inguruarekin izan behar duen orekaren beharrari. Horrela, ulertzen da bizitza osasuntsu bat izateko egoera berrietara egokitzen jakin behar dela. Osasuna ulertzeko modua zabaldu zen, inguruaren faktorea ere kontuan izanik.

- Osasuna bizitza estilo bat da

Gavidia (1998): bizitza estiloak ezberdintzeko ez ditugu soilik osasuntsuak edo ez osasuntsuak izan daitezkeen jarrerak (elikadura, kirola) kontuan hartzen, baita bizitza kolektiboan eragingo duten beste jarrera batzuk ere, hala nola elkartasuna, tolerantzia, besteekiko errespetua, giza eskubideak, etab.

Gaur egungo gizartean portaerarekin loturiko faktoreek garrantzia hartzen dute gaixotasun eta heriotza kasuetan: erreumatismoa, arteriosklerosia, gaixotasun kardiobaskularrak, ihesa, istripuak, etab. dira gaur egungo heriotza eragiten duten arrazoi nagusiak. Horietan guztietan agertzen dira ez biologikoak baizik eta portaerak eragiten dituen arrazoiak.

Osasuna ulertzeko modu honek pertsona bera egiten du bere osasunaren protagonista, bakoitza da bere osasunaren arduraduna daukan portaerarekin, osasuna eta gaixotasunik eza lagundu dezakeelarik, baita gaixotasuna eragin ere.

Gavidia, 1998: "*Bizi estiloa* terminoak bizimodua zehazten duten portaeren multzoa definitzen du. Askotan gaixotasuneko arrisku faktoreak diren dieta, jarduera fisikorik eza, tabakismoa, alkohol edo beste drogen kontsumoa biltzen dituen termino bezala erabiltzen da. Faktore hauek portaera baten ondorio direnez, esan daiteke bere bizi estiloak osasunean duen eraginaren **arduradun bakarra bera dela.**"

Ikuspuntu honek, Valentin Gavidia (1998) kontatzen duenaren arabera, osasunaren ikuspuntua gehiago zabaldu zuen, gaixotasun edo osasuna eragiteko faktore bezala bizi estiloei erreferentzia eginez. Baina honek ere akats batera garamatza, ez delako aipatzen gizarteak eta haren instituzioek gaixotasun eta desberdintasun sozialean duten eragina. Bizi estilo bat ez da aukeratzen soilik bakoitzaren nahiagatik, baita ezagutza bizi baldintza eta aukera izanagatik ere.

- Osasuna bakoitzaren garapen pertsonal eta sozialak zehazten du

Osasuna pertsonak gizartearen parte den heinean daukan eskubidea da eta instituzioak eta gizarteak berak bultzatu behar dute. Osasuna arazo sozial eta politiko bat izanik, horrela planteatu behar da soluzioa emateko bidea ere.

Industrializazioak eta teknologia aurrerapenak, gure bizitza erosoago egitearekin batera, gure jarduera fisikoa asko gutxitu du, estresa eta

sedentarismoa handituz. Arazo sozial eta ekonomiko honek obesitatea, gaixotasun koronarioak eta nahasmendu psikologikoak eragin ditu gizartean (Rodriguez eta Ruiz de Azua, 2006).

Ikerketek diotenaren arabera, gaixotasunarekin loturiko faktoreak lau talde nagusitan bana daitezke.

- Giza biologia: gizakiaren genetika eta herentziari dagozkionak.
- Osasun sistema: gizarteak dituen azpiegitura, antolakunde eta errekurtsioak osasun galera bat sortzen duten arazoei aurre egiteko (ospitaleak, osasun postu eta zentroak, osasun langileak, **sendagaien industriak...**).
- Ingurugiroa: Biztanleriak jasaten dituen baldintza fisiko eta sozialen multzoa lirateke. Inguru geografikoa, lan egoera, auzoko giroa eta ingurugiroaren kutsadura hartzen ditu kontuan.
- Bizi estiloak: biztanle talde baten bizitzeko ohiturek osatzen duten portaeren multzoa dira.

### 3. Osasunaren osagaiak

Aurretik, osasuna definitu dugunean, ongizateari buruz hitz egin dugu. Osasuna bi faktore nagusik baldintzatzen dutela ikusi dugu, lehenengoa bakoitzak bere bizitzan egin nahi duenarekiko lorpen maila izango litzateke. Hau balore subjektiboa da, bakoitzarentzat bizitzan garrantzitsuak diren faktoreek zehazten dute, baita bakoitzak hauekiko egiten duen balorazioak ere. Balorazio horrek bakoitzak bere bizitzarekiko duen satisfazio maila sortzen du eta horren arabera sentimendu positibo eta negatiboen arteko oreka edo desoreka sortzen da. Horrek markatzen du pertsona bakoitzaren osasuna. Bigarrenik ukaezina da pertsona guztiek ez dituztela baliabide eta baldintza berdinak, hau da, pertsona baten osasunean bere egoera ekonomiko eta sozialak izugarritzko eragina duela. Ez dut uste baldintza hauek sakon aztertzea nire lana denik, jada azaldu baitira gizartearen aldaketek osasunean eragin dituzten aldaketa orokorrak. Horregatik sakonduko dut osasun psikikoaren osagaietan. Horietako bat Bizitzarekiko Satisfazioa da: Autokontzeptu fisikoaren menpe dago, baita pentsamendu eta sentimendu negatiboek pertsona horrengan duten eraginean ere. Horregatik

Antsietatea ere aztertuko dut, ondoren pertsonak izan ditzaketen patologia psikikoei sarrera egin eta aztertu nahi dugun patologia, hau da, patologia duala, sakonean aztertzeko.

a. *Bizi poza*

Taylor eta Foxek 2005. urtean egiten duten ikerketa batek erakusten digu bizitza satisfazioa estuki lotua dagoela autokontzeptuarekin. Autokontzeptu hobereena duten pertsonak beren bizitzari balio handiagoa ematen diote.

b. *Autokontzeptua*

Autokontzeptua nerabezaroan zehar garatzen da, aldaketa gehien gertatzen diren garaia da hau, norberak bere burua definitzen du besteekin alderatuz. Autokontzeptua aldatu daiteke, hori nagusiki nerabezaroan gertatzen da, aldaketa **asko izaten diren prozesua delako: gorputzean, emozioetan, maila kognitiboan...** Nerabea etengabe ari da gainontzekoekin alderatzen eta alderaketa horietatik sortuko da autokontzeptua: positiboa edo negatiboa izan daiteke (Burns 1979 eta Gurney 1987).

Pertsonaren autokontzeptu mailaren jatorria subjektuek dituzten helburuen arabera da, hau da, autokontzeptuak pertsona baten helburuekiko lorpen maila erakusten du. Pertsona baten autokontzeptua ona izango da lortzen duena bere aspirazioen gainetik dagoenean. Era berean, pertsona honek nahi duena lortzen ez badu bere autokontzeptua jaitsi egingo da (Zulaika, 1999)

Bakoitzak bere buruarekiko duen irudia aztertzen dugunean zenbait kontzeptu aipatu izan dira eta zailtasuna izan dezakegu elkarren artean bereizteko momentuan. Nagusiki autokontzeptua eta autoestimua terminoak erabili izan dira, baina gaur egun esanahi bera dute? Autokontzeptuak izaera kognitiboa du, bakoitzak bere buruarekin egiten duen balorazio eta identifikazioa da. Hortik autoestimua sortzen da, bakoitzak bere ezaugarriak baloratzen dituenaren arabera sortzen diren sentimenduak. Guk ikerketa honetan autokontzeptua aztertuko dugu.

Marsh eta Shavelson (1985): autokontzeptua norberak bere buruarekin eta bere bizitzarekin duen satisfazio orokorra da. Azken hamarkadetan autokontzeptua hainbat dimentsiotan banatu da, lau izan dira zehazki: akademikoa, soziala, fisikoa eta pertsonala.

Autokontzeptua hierarkikoa eta multidimentsionala dela dioten teoria guztiak ez dira enpirikoki frogatu, eta hipotesi moduan hartzen dira batzuk. Jarraian teoria hauek diotena sakonago azalduko dugu, baina kontuan izan behar da teoria hauek ez direla soilik autokontzeptu orokorrean aplikatzen, baita haren azpidimentsio espezifikoen ere.

### Multidimentsionalitatea

Autokontzeptuaren dimentsio bakoitza espezifikoa da bere baitan baita autokontzeptu orokorrarekiko ere. Autokontzeptua dimentsio ezberdinek osatzen dute eta hauek bere baitan ere dimentsio ezberdinak dituzte. Horrek pertsona bakoitzak bere buruarekiko irudi ezberdinak izatea eragiten du, horrela, elkarren artean orekatzen dira.

### Hierarkia

Autokontzeptuaren dimentsioak ez dira maila berean kokatzen, daukaten garrantziaren arabera goragoko edo beheragoko mailan kokatzen dira. Horrek dimentsio espezifikoek orokorrean duten eragina neurtzen du eta aldagarriak direla onartzen du, aldagai espezifikoak eta hierarkian beherago daudenak orokorragoak eta gorago daudenak baino aldagarriagoak izango direlarik.

Hierarkia hau bakoitzaren hautemate subjektiboen arabera izango da, bakoitzak hierarkia propioa izango du berarentzat garrantzi handiena dutenak gorago kokatuz (Harter, 1985)

### Konsistentzia

Bakoitzak gertaerak eta egoerak bere autokontzeptuaren arabera neurtzen ditu eta horren arabera osatzen du erantzuna. Esperientzia berri bakoitza sistema

orokorrarekin alderatzen da eta ondoren bertan egokitzen bere buruaz duen irudiarekin bat baldin badator.

### Aldagarritasuna

Esan dugun bezala autokontzeptua osatzen duen atal bakoitzaren garrantzia subjektiboa da, horregatik izango da espezifikoa eta pertsonala dimentsio bakoitzaren aldagarritasuna. Askoz aldagarriagoak dira garrantzi handia ez duten dimentsioak, bertan duten informazioa gutxiago delako. Esperientziak gure buruaz pentsatzen duguna egonkortu ahala, horrela egingo du autokontzeptuak ere. Horrek nerabezaro eta gaztarorako instrumentuak sortzeko beharra sortzen du, orduan baitira aldagarriagoak bakoitzaren buruarekiko izaten diren irudiak.

#### *c. -Autokontzeptu fisikoa*

Autokontzeptua dimentsio desberdinek osatzen dutela dioten teorien garapenarekin izaera propioa duen baina autokontzeptu orokorraren menpe dagoen autokontzeptu fisikoa ikertzen hasi zen. 1980ko hamarkadan onartu zen autokontzeptu fisikoaren terminoa baina lehenago ere gaitasun fisikoa autokontzeptuaren parte bezala onartzen zen (Fox, 1997).

Orain jarraian autokontzeptuaren dimentsio honetan sakonduko dugu benetan garrantzitsua delako. Gaur egun itxura fisikoak garrantzi handia du pertsonen bizitzan, nerabezaroan bereziki, zeinetan autokontzeptuaren osagarri nagusia den. Bakoitzak duen irudi fisikoaren arabera izango da gizartean onartua izan eta autokontzeptu altua lortzeko aukera. Hau ez da soilik nerabezaroan gertatzen den zerbait, pertsona helduetan ere oso lotuak daude irudi fisikoa eta autokontzeptua. Pertsona asko egin ohi dira ezagunak haien erakargarritasunagatik eta besteengandik tratatu hobea jasotzen dute (Zulaika, 1999).

Asko izan dira kausa-efektu hori azaltzeaz arduratu direnak. Brunerrek (1982) adibidez gorputzaren irudiak autokontzeptuan duen eragina bi iturriren bidez azaltzen du:

- Anatomia: altuera, garapen muskularra, itxura fisikoa... Nerabeek dituztela uste duten akats fisikoek konplexu handiak sortzen dituzte garai horretan zehar.
- Hazte prozesuko erritmo desberdintasunak

Argi dago itxura fisikoak bakoitzak bere buruari buruz duen irudian garrantzi handia duela. Historikoki gorputza izan da norberaren osagarri nagusia, eta honekiko gustura sentitzean autokontzeptuarekin lotura handia izan du. Bakoitzak bere buruarekiko duen onarpen fisiko mailak eragin handia du norberarekiko satisfazio mailan.

### Definizioa

Autokontzeptu fisikoa pertsona batek bere gaitasun eta itxura fisikoari buruz egiten duen balorazioa da. Gaitasun fisikoari buruz hitz egitean: altuera, pisu, gorputz osaketa, erakargarritasun, indar eta abarrei buruz hitz egiten dugu. Bi zatitan desberdindu ditzakegu, alde batetik gorputz eskemara, hau da, gorputzaren sentrazioen eta atalen hautematek sortzen den ezagutza eta gorputzaren irudia bestetik, norberaren fisikoa ebaluatzetik sortzen den ondorioa izanik.

### Osagarriak

Asko izan dira autokontzeptu fisikoaren osagarriak definitzen saiatu izan direnak. Hasiera batean eta autokontzeptu fisikoa dimentsio ezberdinek osatzen dutela onartu zenean Foxek (1988) eta Marsh eta Shavelsonek (1985) itxura fisikoa eta gaitasun fisikoa aipatu dituzte osagarri bezala. Beste proposamen batzuk ere izan dira, Lintunek (1987) adibidez Egoera fisikoa aipatzen zuen eta Harterrek (1985) lehiakortasun atletikoa.

Ikerketa gehiago egin ahala dimentsioak zabaldu egin ziren 80 eta 90eko hamarkadetan, horrela Franzoi ets Shieldek (1984) autokontzeptu fisikoa hiru dimentsiotan banatzen dute: gaitasun fisikoa, itxura fisikoa eta pisua kontrolatzeko ohiturak. Brackenek (1992), berriz, lau dimentsio bereizten ditu: lehiakortasun fisikoa, itxura fisikoa, egoera fisikoa eta osasuna. Richardsek (1988) sei dimentsioko modelo bat proposatu zuen: gorputz osaketa, itxura fisikoa, osasuna, lehiaketa fisikoa, indarra eta ekintzaren orientazioa. 90. hamarkadan Marsh eta kolaboratzaileek Physical Self-Description Questionnaire sortu zuten, 9



dimentsioz osatua: osasuna, koordinazioa, gaitasun fisikoa, gorputzeko gantza, kirol lehiakortasuna, itxura fisikoa, indarra, elastikotasuna eta erresistentzia.

Aurreko ikerketak jarraitu eta irakurrita, autokontzeptu fisikoaren osagarri nagusiak hauek direla esango genuke:

- *Gorputza eta haren atalak*
- *Itxura eta erakargarritasun fisikoa*
- *Gorputzaren kontzientzia*
- *Kirol lehiakortasuna*
- *Gaitasun fisikoa*
- *Indar muskularra*
- *Erresistentzia fisikoa*

d. *-Antsietatea*

Antsietatea erreakzio emozional deseroso bat da, nerbio sistemaren gehiegizko aktibazio bat sortzen duena. Ez dago adostasun zehatz bat terminoa definitzeko, tentsio eta pentsamendu negatiboez osatutako portaera konplexu eta aldagarria da, aktibazio fisiologiko bat eragiten dutena (OME, 1992). Portaera hau proportzionalki handiagoa da emakumeen kasuan eta horregatik haiek dute indize handiena antsietatearekin loturiko nahasmenduak noztzeari dagokionez (antsietate orokorreko gaixotasuna, paniko egoerak, agorafobia, fobia soziala, **fobiak espezifikokoak...), APAk eta OMSeK diotenaren arabera.**

Rodriguez eta Ruiz de Azuak (2007) proposatu zuten Antsietatearen Egoera-ezaugarriaren teoria, zeinak esaten zuen antsietatea bitan bereiztu behar dugula. Alde batetik antsietate egoera bereizten du, denbora tarte zehatz batean mantentzen den sentimendua. Bigarrenik, antsietate ezaugarria pertsona baten izaeran egonkorra den ezaugarria litzateke. Antsietate egoera tentsio, deserosotasun, urduritasun eta kezka sentimentuen pertzepzio kontzientea da eta aldaketa fisiologikoak sortzen dituena. Antsietate egoera intentsitate ezberdinekoa izan daiteke eta honen gabezia lasaitasuna den bezala, gehiegizko sentimendua angustia, hondamendi pentsamendu eta gehiegizko urduritasuneko

portaerak eragingo lituzke. Baina aurretik esan bezala, honen ezaugarri nagusia da egonkorra ez dela, denboran zehar aldatzen dela eta egoera ezberdinen arabera aldatzen dela.

Antsietate ezaugarria aurreko definizioaren bera da, baina desberdintasun nagusia du, denboran zehar mantentzen den sentazioa dela, pertsona baten izaerak antsietate egoerak bizitzeko duen joera eta erraztasuna litzakeelako. Antsietate ezaugarri maila altua duten pertsonen egoera askok sortzen dien antsietatea, hauek erraztasuna dutela sentazioa hauek jasotzeko, baita intentsitatea altuagoan ere (Rodriguez eta Ruiz de Azua 2007).

#### *e. Patologia psikikoak*

OMEk nahasmendu mentala ere aipatzen du patologia hauei buruz hitz egiteko. Definizio bat eman beharko bagenu pentsamendu, pertzepzio, emozio, jarrera eta sozializazioan gertatzen diren alterazio multzoa edo kategoria direla esango genuke. Ezagunenak eta ohikoenak depresioa, nahasmendu bipolarra, eskizofrenia edo psikosia, dementzia, ezintasun mentala eta autismoa dira. Depresioak munduan 300 miloi pertsona baino gehiagori eragiten die, nahasmendu bipolarrak 60ri, dementziak 47,5ri, eskizofreniak 21i. Guk aztertuko duguna, patologia duala, ez da oso ohikoa.

Batzuetan estrategia eraginkorrak izan ohi dira, depresioa adibidez tratatzeko beste batzuk baino errazagoa da eta sendatu daiteke. Beste kasu guztietarako tratamenduak ere badaude eta jasaten duten sufrimendua gutxitu daiteke. Kasu guztietan pazienteek mediku eta gizarte zerbitzuen eskubidea daukate eta inguruko babesa jasotzea ezinbesteko da.

Hasiera batean, mitikoa edo aurrezientifikoa kontsideratu dezakegun garaian gaixotasun mentala naturala ez den fenomeno bezala ulertzen da, jainkoak ematen duen zigor bezala ulertzen da eta gaixotasun hau sufritzen dutenak gizartetik urrundu eta marjinalatzeko saiakera egiten da.

XVIII. mendetik aurrera zientziaren garapenarekin beste garai bat hasten da, zeinetan arreta gaixotasunean eta bere ondorioetan jartzen da, mota guztietako

laguntza sanitarioak bultzatuz. Baina modelo hau soilik asistentziara mugatzen da eta muga eta kontraesan ugari ditu, askotan aislamendua eta bakartzea dakarrelako gaixoarentzat, hauekiko estigma sortu eta gaixotasuna kaltetuz.

Gaur egungoa periodo humanista dela esango genuke, atentzioa ez da soilik medikoa, baita psikosoziala ere eta nahasmendu mentala duten pertsonak gizartean integrazteko saiakera egiten da (Cabra, 2000).

- Patologia duala

Patologia duala adikzio nahasmendua eta nahasmendu mentala batera sufritzea **eragiten duen gaixotasuna da, Touriñok (2006) zioen bezala bi nahasmendu** hauek batera sufritzea baino askoz gehiago da eta zailtasuna dago honen jatorria, diagnostikoa eta tratamendua zehazteko. Patologia duala pertsona batzuek hau edo beste psikopatologiak sufritzeko duten tendentzia genetikoagatik gertatu ohi da. Pertsona batzuen alterazioak eragiten du sustantzia batzuek besteei baino plazer handiagoa sortzea eta hori askotan automedikazioaren bidez tratatu ohi da (Torrens, 2008). Patologia honetan, beraz, bi eragin faktore genituzke, bat pertsonaren oinarri genetikoa eta bestea ingurugiroaren faktoreak. Genetikoki eragina du sustantzia batzuek pertsonarengan eragin gutxi izatea, esternalizazio sintomak eta sindrome antsioso-depresiboak bezala ezagutzen direnak (Schuckit eta Smith, 2006)

Hasiera batean bi nahasmendu psikotiko edo gehiago dituen paziente bati diagnostikatzen zaion patologia bezala definitzen zen arren, denborarekin sustantzien gehiegizko kontsumoari loturiko gaixotasun mental garrantzitsuak sufritzearen sinonimo bihurtu da (Ortiz A et al- 2010 eta Rebraca L. 2007). Pertsona hauen egoera mental eta soziala patologia bat bakarra dutenena baino askoz okerragoa da. Gaixotasun hau ez da Gaixotasunen Sailkapen Internazionalan aurkitzen, bertan substantzien gehiegizko kontsumoari edota gaixotasun psikopatologiei loturiko arazoak azaltzen dira. Patologia dualarekin gehien lotzen den gaixotasuna izaeraren nahastea da (Arias F et al. 2012, eta Vega P et al. 2015).

➤ Izaera nahastea

Izaera pertsona baten genetika eta esperientziak eraginda garatzen diren bizitzaren barne eta kanpo egokitzapenen multzoa dira. Horren ondorioz, Rebraca L-k dio, izaeraren aldaketa prozesua konplexua dela bizitzan zehar. Patologia duala ez da gaixotasun psikotikoa, pertsona batek bere beharrak bete eta satisfazioa lortzeko duen jarrera desegokia da. Honen ondorioz pertsona honek zailtasuna du bere inguruarekin harremantzeko, ohikoa da arazo ekonomiko, sozial, emozional eta laboralak izatea bizi duten egoeran sortzen diren antsietatea dela eta. Pertsona hauen ulertu, pentsatu, sentitu eta harremantzeko moduek aldaketa handiak izan ohi dituzte.

Esan dugun bezala, patologia dualak substantzia baten gehiegizko kontsumoa dakar, hau da, toxikomania bat. Pertsona hauen gaitasun fisikoa drogarik kontsumitzen ez duten horiena baino okerragoa da. Horren arrazoi dira droga kontsumoari loturiko bizi estiloak, jarrera eta gaixotasunak (sedentarismoa, elikadura txarra, gaixotasun infektuzkoak, antsietatea, alkoholismoa, kardiopatiak, **depresioa...**). **Horregatik da garrantzitsua drogamenpekotasuna duen pertsona baten osasuna bere gaitasun fisikoaren arabera baloratzea** (Bernardo et al., 2009).

**Othmer eta Othmer: "Substantzia psikoaktiboak (anfetamina, kannabisa, aluzinogenoak, kokaina, opiatoak, inhalanteak, sedanteak, ansiolitikoak eta hipnotikoak) gehiegizko kontsumoak aldaketa kognitiboak eta portaerakoak eragin ditzakete, hala nola haluzinazioak, dementsia edo nahaste amnesikoa".** Era berean, sustantzien gehiegizko kontsumoak garunean aldaketak sortzen ditu, osasun mentalean arazoak sortzen dituenak (Volkow 2001).

Clarkek, 1994. urtean, patologia dualean bi patologia hauek batera jasateko egon daitezken arrazoiak aztertu zituen:

- Buruko nahaste batek garunean sortzen dituen aldaketek drogen erabilpena bultzatzen dezake norberaren autoerregulaziorako.
- Droga kontsumoak, pazienteak gaixotasun baterako tendentzia genetikoa badu, honen agerpena potentzia dezake. Denbora zehar luzatzen den droga kontsumoak aldaketa neurologikoak eta ondoriozko nahaste mentalak eragin ditzake.
- Dopaminergia ekoizpen gutxiago duten pertsonen anhedonia, apatia, disforia eta beste hainbat sintoma psikiatriko jasan ohi dituzte, euforiara hurbildu ahal izateko droga kontsumitzeko bultzatzen dituenak.

Nahiz eta patologia dualaren jatorria bat edo bestea izan, ezinbestekoa da paziente bakoitzaren egoera zehatza aztertzea terapia garatzeko. Gainera, nahaste psikologikoak dituzten pertsonen, eskizofrenia dutenek adibidez, osasun txarra izan ohi dute, arazo kardiobaskularrak, hiperkolesterolemia, tabakismoa, hipertrigliceridemia eta obesitatea jasateko joera dutelarik.

### 1.3. Jarduera fisikoa eta osasuna

Hau aztertzea oso garrantzitsua da, gure bizitza gure osasun egoeraren arabera izango delako eta hau nolakoa izan osasuna horrelakoa izango delako gure bizitza ere. Jarduera fisikoak gure osasuna baldintzatzen du eta horrek gure bizitza.

Ondo egindako jarduera fisikoa da osasuntsu mantentzeko modu eraginkorra. Jarraian jarduera fisikoak gure osasunean duen eragina aztertuko dugu, zein den fisikoki duen eragina eta nola gutxitu dezakegun gaixotzeko arriskua, zer eragin duen pertsona baten ideietan eta horrek nola eragiten dion gizarteari ere.

#### *a. Eragin fisikoa*

Asko dira jarduera fisikoak dituen onura fisikoak. Gainera bada ere denak aipatu eta azalduko dira modu ulergarrian eta ordenatuan.

Jarduera fisiko erregularrak hezurduan laguntzen du, hezur masa eta dentsitatea handitzen baitu haurtzaroan eta muskulu eta artikulazioak hobetzen ditu. Gainera gorputz masa kontrolatzen laguntzen du, muskulu masa handitu eta gantza gutxituz, horrela obesitatea galarazten delarik.

Gaixotasunei aurre egiteko tresna garrantzitsua da, morbiditate eta mortalitatea gutxitzen duelako: hipertentsio arteriala eta tentsioa gutxitzen ditu, kolesterola gutxitzen du, gaixotasun kardiobaskularrak sufritzeko arriskua ere gutxitzen du. Osteoporosia edota minbizia izateko arriskua ere murrizten ditu. Ihesa duten pertsonetan adibidez, CD4 linfozitoak berrezarri eta atrofia muskularra zuzentzen du (Lopez eta Almendral, 1997).

Gaixotasun kardiobaskularrak sufritzeko arrisku faktore nagusiak: erretzeko ohitura, tentsio arterial altua, hipertentsioa, kolesterol altua, diabetesa, jarduera fisikorik eza, obesitatea, estresa, herentzia, adina eta gizona izatea dira. Jarduera fisiko erregularrak arrisku faktore horiei aurre egiten laguntzen du eta gaixotasun hauek sufritzeko arriskua gutxitzen duten beste ondorio batzuk ere baditu: arteria koronarioen basodilatazioa gutxitzen du, bihotza uzkuritu eta erlaxatzeko gaitasuna handitzen du, zirkulazioan tronboak sortzeko, bihotzak behar duen oxigeno kopurua eta antsietatea gutxitzen ditu.

Hipertentsioa oso arriskutsua den gaixotasun bat da, ez duelako minik ez molestiarik sortzen. Honen arrisku faktoreak gaixotasun kardiobaskularraren antzekoak dira, bizi estilo ez osasuntsu baten ondorio direnak. Jarduera fisikoa oso ona da honi aurre egiteko, entrenamendu aerobikoa zehazki, tentsio arteriala gutxitzen laguntzen duelako.

Osteoporosia ere asko nabaritzen ez den gaixotasun bat da, baina arriskutsua dena, bereziki menopausia garaian dauden emakumeengan. Askotan gaixotasun hau hezur haustura batengatik diagnostikatzen da, oso arriskutsuak izan daitezkeenak: aldakako haustura sufritu duten pertsona helduen % 12 eta 20 bitartean hil egiten dira. Honi aurre egiteko eta aurretik esan bezala jarduera fisikoa onuragarria izan daiteke, muskuluek sortzen duten tentsioagatik hezurretara karga bat transmititzen da. Lurraren aurka inpaktua duten edota indarreko ariketek hezurretan kaltzioa bildu eta hezurra berregiteko estimulu indartsuak sortzen dituzte. Horrek, argi dago, asko txikitzen du osteoporosia sufritzeko arriskua.

Diabetesa da aipatu dugun beste gaixotasunetako bat. Bi motatakoa izan daiteke; bat hereditarioa izaten da, bigarrena berriz osasun txarragatik izan ohi da. Bigarrena da ohikoena, adin nagusietan bereziki, kausa nagusiak obesitatea eta jarduera fisiko falta izan ohi direlarik. Jarduera fisikoak odoleko glukosa eta intsulina maila gutxitzen du eta gaixotasuna murriztu edo galarazten laguntzen du.

Minbizi eta tumore tasa ere txikiagoa da jarduera fisikoa egiten duten pertsonetan. Jarduera fisikoak sistema immunologikoa laguntzen du eta organismoaren defentsa gaitasuna handitzen du. Gaixo dauden pertsonetan ere lagungarria da, umorea hobetzen, gosea hobetzen eta egoera fisiko egokia mantentzea lagunduz. Pertsona gazteetan heriotza azkarra gertatzeko aukerak asko gutxitzen ditu, esan bezala gaixotasun aukera gutxitzen duelako, baina baita bizitza osasuntsua sustatzen duelako ere: dieta osasuntsua, droga eta alkohola ez kontsumitzea, jarduera fisikoaren praktika erregularra etab.

2.000 kcal/asteko baina gehiago gastatzen dituen jarduera fisikoak mortalitatea % 30 gutxitzen du. Gastu hau litzateke 70 kg dituen pertsona batek egunean ordu bat ibiltzen egiten duena (Paffenberger et al., 1986). Forma fisiko ona ez duten

emakumeen heriotza tasa 3,5 aldiz handiagoa da forma fisiko ona dutenena baino eta gizonena 4,5 aldiz altuagoa.

#### *b. Eragin soziala*

Haurtzarotik hasi, gaztarorik pasa eta heldutasuneraino onartzen dira jarduera fisikoak dituen onura sozialak, eguneroko bizitzan ikusten direnak. Gazteen kasuan adibidez fisikoki aktiboak diren haurrek erre eta droga kontsumitzeko joera gutxiago dute eta errazago ikasten dutela ere onartzen da, eskolan jarrera ona izan eta emaitza hobekak lortuz. Gazteen kasuan ere diziplina eta esfortzua laguntzeko aukera ematen du, talde lana, kirolzaletasuna, lidergoa eta sozializazioa sustatuz (Zulaika, 1999). Gainera jarduera fisikoak onura bereziki garrantzitsuak ditu drogamenpekotasun arazoak edota gizarteratzeko arazoak dituzten pertsonekin: Arau eta legeak onartzen laguntzea, sozializazio faktoreetan laguntzea, bizi estilo osasuntsua ezartzea, denbora librea antolatzen jakitea.

Era berean, Frailek (2003) dioenaren arabera jarduera fisikoak pertsonak bere buruaz pentsatzen duena hobetzen laguntzen du, baita bere ingurukoek pentsatzen dutenean ere. Horrek familia eta ingurukoekin harremana hobetzen laguntzen du. Ikerketek esaten dutenez, antsietate kognitiboa jasan dezaketen pertsonak atentzioa beste gauza batzuetan jartzen dute eta horregatik haietatik askatzen dira (Fernandez et al. 2011). Horrek, argi dago, gizartean egokitzeko eta besteekin harremantzeko gaitasuna asko hobetuko du.

#### *c. Eragin psikologikoa*

Jarduera fisikoak onura psikologiko ugari ere eragiten dituela esan dezakegu: antsietatea eta depresioa gutxitzea, estresa kontrolatzen ikastea, autoestimua eta autokontzeptua hobetzea, autokontrola hobetzea, afektuari dagokionez aurrerapausoak egitea, nor bere buruaren eta osasunaren arduradun egitea (Saavedra, 2003).



Fernandez eta laguntzaileek (2011) jarduera fisikoaren onura psikologikoak aipatzen dituzte: osasun subjektiboa, autoestimua, estresari aurre egiteko gaitasuna, emozioak gestionatzen lagundu eta depresio kliniko eta antsietatea gutxitzea, eta osasun mentalean eragin handia. Jarduera fisikoak endorfinak sortzen ditu, zuzenean garunean eragiten dutenak eta ongizate sentazio bat ematen dutenak, depresioa eta antsietatea gutxituz. Mina transmititzen duten nerbio zuntzak inhibitzen dituzte eta lasaigarri natural bat dela esan genezake. Gainera serotonina, dopamina eta noradrenalina bezalako neurotransmisoreak askatzen ere laguntzen du, oinarrizkoak direnak pertsonaren portaera, kognizio eta emozio egokirako.

Hala ere, jarduera fisikoak dituen faktore positiboak aztertzeak praktikak berak pertsonari onura fisiko, sozial eta psikologikoak ekarriko dizkiola pentsatzera eramán gaitzake. Ideia hori ez da zuzena, norabide zuzenik gabe onura hori ikusten zaila baita.

Gainera, Jimenez eta laguntzaileek (2007) diotenez, garrantzitsua da jarduera fisikoen onuren ikerketa bat egitea, benetan osasunak eta jarduera fisikoak elkarren artean duten korrelazioa ezagutzeko.

- Ebidentzia zientifikoak

Autokontzeptua da jarduera fisikoarekin harremanean gehien aztertua izan den ezaugarri psikologikoa, osasun eta ongizate mentaleko adierazi nagusietako bat delarik.

Ikerketek erakusten dute jarduera fisikoa egiten duten gazte helduen eta egiten ez dutenen artean ez dela desberdintasunik ikusten autokontzeptu orokorrari dagokionez, Ruiz de Azuak dioenez (2005). Helduagoei dagokienez, autokontzeptua hobea da jarduera fisikoa egiten dutenetan egiten ez dutenetan baino, autokontzeptu fisikoa bereziki. Bukatzeko, heldu zaharrei dagokienez, autokontzeptu orokorra eta fisikoa askoz hobekak dira fisikoki aktiboak diren pertsona horiengan. Laburbilduz, 50 urtetatik aurrera, desberdintasun handia dago jarduera fisiko egiten dutenen eta egiten ez dutenen artean autokontzeptuari dagokionez.

Arazo hau argitzeko asmotan, Alferman eta Stollek ikerketa bat egin zuten 2000. urtean. Ikerketa horretan, ikusi zuten jarduera fisikoaren bidez pertsonen autokontzeptu fisikoa hobetu zela, autoestimua edota ongizate fisikoa zehazten duten aldagaien puntuazioa (antsietatea, adib.), berriz, ez zen hobea izan. Horrekin ondorioztatu zuten jarduera fisikoaren onurak bereziki jarduera fisikoa bitarteko esperientzia fisikoari lotzen zaizkiola, eta antsietatea edo autoestimua denboran zehar sortu eta mantentzen diren izaeraren ezaugarriak direnean zailak direla jarduera fisikoaren bitartez aldatzeko.

### 1.3.1 Jarduera fisikoa eta osasunaren osagarriak

#### a. *Bizi poza*

Jarduera fisikoaren eta bizi pozaren arteko harremana estatistikoki erakusgarria izan ez den arren, emaitza positiboa da. Nahiz eta emaitza honek ez duen bat egiten beste ikerketa batzuek diotenarekin, emaitza desberdinak izatearen arrazoa bizitzaren satisfazioa ulertzeko modu desberdinak izan daitezke (Rodriguez eta Ruiz de Azua 2004).

Bizi poza aztertzeko orduan autokontzeptu fisikoak hartan eragina duela esan genezake, bai behintzat honen dimentsio batzuek. Era berean, ez dira emaitza berdinak lortzen jarduera fisiko mailari dagokionez. Beraz, bizi poza hobea da fisikoki beren burua hobeto ikusten duten horiengan, jarduera fisikoa egin edo ez. Era berean, autokontzeptu fisikoa hobea da jarduera fisikoa egiten duten horiengan. Beraz, nahiz eta hau zuzena ez izan, jarduera fisikoa eta bizi poza elkar loturik daude.

#### b. *Autokontzeptu fisikoa*

Garrantzitsua da aipatzea errealitateak eta forma edo lorpen fisikoak ez direla garrantzitsuena, hauekiko egiten den interpretazioa baizik. Beraz, oso garrantzitsua da pertsona bakoitzak zer jartzen duen helburu bezala edota nola neurtzen dituen lorpenak, horrek garatzen duelako autokontzeptua. Bakoitzak dituen erreakzioen jatorria ez dira gertaera horiek berak izaten, baizik eta pertsona horrek gertatzea nahi izan eta gertatzen ez direnak.

Williams eta Coldicottek (1982) lotura aurkitu zuten jarduera fisikoarekiko jarrera, autoestimua eta autokontzeptu fisikoaren artean.

Jarduera fisiko eta kirolak eragina du autokontzeptuan, eta bakoitzak bere buruaz pentsatzen duena aldatu edo indartu dezake. Eragin hori enpirikoki erakutsia da eta onartua dago.

Ez da hori bakarrik, kontrako noranzkoan ere lotura dauka: autokontzeptua hobetzeak kirol errendimendua handitu dezake, askotan partidu bateko garaipen edo porrotean pertsonak partiduarekiko duen jarrerak garrantzi handia du. Horrek, autokontzeptu faltak hain zuzen, azaldu dezake jarduera fisikoan gaitasun altua ez lortzea. Emakumeen kasuan, adibidez, hezkuntza eta ideologia tradizionalen emakumeak kirolean txarragoak direla esan izan da eta horrek emakumeen autoestimuan eragina du; kasu batzuetan fisikoki ondo prestatuak egon arren emaitza egokiak ez lortzea azaldu dezake.

Autokontzeptuaren hierarkian oinarrituz ariketa espezifiko eta entrenamendu ariketek dimentsio fisikoaren alderdi oinarrizkoenak alda ditzakete. Jarraian pertzepzio hori orokortu egingo da eta autokontzeptu fisikoaren dimentsio orokorrago batean eragingo du. Progresio hierarkizatu hori jarraituz autokontzeptu orokorrera helduko gara eta haren osagarri ere izango da.

Hala ere, harreman hori azaltzen saiatu diren ikerketek ez dituzte nahikoa emaitza lortu. Raglinek (1990) dioenez, ikerketa horiek sinpleegiak izan dira, eta ez da teoria eraginkorrik egon eta neurtzeko tresnak ez dira nahikoa izan.

### *c. Antsietatea*

Ameriketako Estatu Batuetako Osasun Mentaleko Institutuak egindako ikerketa batean, ikusi zen jarduera fisikoak estresa eta antsietatea gutxitzen duela. Aurretik ikusi dugu bi antsietate mota bereizten direla. Ikerketa honek dio antsietatea ezaugarri moduan —hau da, denbora zehar mantentzen dena— dela jarduera fisikoak gutxitzen duena. Jarduera fisikoak, luzera, antsietatea eta depresioa gutxitzen laguntzen du, adin eta sexu guztietan (Ruiz de Azua, 2005).

Beste ikerketa batzuk egin dira antsietateari dagokionez kirolariak diren eta ez direnen artean, baita ordu bat baino gehiago lasterka egin behar zuten pertsonen artean ere. Kasu guztietan kirolak tentsio eta antsietatea gutxitzen laguntzen zuen.

Emaitza hauek sexuaren arabera aldatzen dira, emakumeetan onurak handiagoak direlako. Kirolak antsietatea gutxitzen duela esan dugu eta sintoma hauek bereziki ikusgarriak dira emakumeengan. Gainera, jarduera fisiko gutxiago eginda ere, hori askoz eraginkorragoa da antsietatea gutxitzeko emakumeengan gizonengan baino, Ruiz de Azuak (2005) dioenez.

#### *d. Patologia duala*

Gaixotasun Mentaleko Estatu Batuetako Aliantza Nazionalak erakusten digunez, jarduera fisikoko programek pertsonen gizarteratzea laguntzen dute, aisialdiko jarduerak egin eta besteekin harreman eginez, hauek izanik patologia duala duten **pertsonen tratamenduan beharrezko dituzten harremanak**. Sanchez Bañuelosek dio jarduera fisikoak eragin neurofisiologikoak dituela, hormonak eta neurotransmisoreak askatzen laguntzen duela eta horregatik eragin psikologiko onuragarriak dituela. Aurretik esan den bezala, jarduera fisikoak laguntzen du erlaxazioan, ondo pasatzen, pentsamendu negatiboak alboratzen eta portaeran desegokiak aldatzen. Horregatik proposatzen da jarduera fisikoa patologia dualeko gaixoen tratamendu bezala, maila fisiko eta kognitiboan laguntzen dituelako.

Ginera, patologia hau sufritzen dutenek tratamendu farmakologikoa behar izaten dute. Horrek eragin oso negatiboa du osasun fisikoan, eta horregatik da garrantzitsua jarduera fisikoa egitea (Saiz Ruiz, 2010).

Drogamenpekotasuni aurre egiteko programetan, ariketa fisikoa metodo berritzailea da, baina Valverde (1994) dio beste teknika baino askoz eraginkorragoa dela izaeraren sakonera iristeko eta hor dagoela pertsona hauen arazoaren eta egokitze faltaren jatorria. Gainera, droga kontsumoak arazo fisiko handiak eragin ditzakeenez, horri aurre egiteko aldaketa prozesu bat beharko da, jarduera fisikoko programek lagundu dezaketena.

## 2-ESKU-HARTZEA

### 2.1 . Aurreko ikerketen errebisioa

	ESTUDIO SOBRE LA <b>APLICACIÓN DE UN</b> PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN PACIENTES <b>CON PATOLOGÍA DUAL</b>	<b>LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA SUJETOS TOXICÓMANOS EN REHABILITACIÓN</b>	<b>EL EJERCICIO FÍSICO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN LA REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS.</b>  ERREBISIOA BIBLIOGRAFIKOA DA
Autoreak	Eduardo <b>José Fernández</b> Ozcorta, Julia <b>García Martínez</b> eta Concha <b>Martínez García</b>	Joaquina M. Valverde Romera	<b>Manuel Pimentel González</b> <b>Manuel Avelino Giráldez García</b> <b>Carlos Lalín Novoa</b> Maria Dolores Pedrares Alonso Dina Asensio Campazas <b>Alejandra Pérez Caaveiro</b> <b>Francisco González García</b> <b>Miguel Ángel Saavedra García</b>
Lagina	-Hu.Pa.Dual elkarteko partaideak -38 urte batz bestea -%61,5 gizonak eta % 38,5 emakumeak -Gaixotasun psikikoak: neurobiologikoak (psikotiko eta eskizofrenia), drogamenpekotasuna, nimikoak (bipolaritatea eta depresioa), antsietatea (estresa, agorafobia, TOC, inpulsoak <b>kontrolatzeko arazoak...)</b> -Arazo fisikoak: deskoordinazioa, arnas hartzeko arazoak, neke <b>muskularra...</b> -Parte hartzaileak: 6	-Errehabilitazio fasean dauden toxikomano talde bat  -A <b>Coruñako</b> Drogodependentzia Asistentzia Unitatean daudenak.	
Kirol mota eta ariketaren ezaugarriak	- Futbola -180 minutu astean	-Jarduera fisikoa, kirola eta igeriketa. -150 minutu astean -2 urtetan zehar	
Neurketa	-Ikerketarako Goldbergen	-Proba errazeko test bateria	

tresnak	Osasun Orokorraren Galdeketa (GHQ-28) izan da, Lobo, Perez-Echeverria eta Artalek (1986) gazteleraz balidatu zutena	15 egunean behin.	
---------	---	-------------------	--

Emaitzak	<p>-Programaren aurretik galdeketa 4 azpitaldeetan (somatikoa, antsietatea, soziala eta depresioa) puntuazio altuak izan dira, denetan % 60 baino gehiagokoa ezgaitasun sozialean izan ezik, portzentajea %23koa izan da.</p> <p>-GHQ-28 testaren emaitzetan programaren aurretik puntuazioa 21,3koa izan zen eta hau egin ondoren 11,3 puntu jaitsi. Hobekuntza gehien ezintasun sozialean eta somatikoan izan ziren hurrenez hurren. Depresioaren kasuan puntuazioa 2,33 jaitsi zen.</p> <p>-Denboran luzeagoa den adikzioa sufritzen duten pertsonen arazo somatiko gehiago dituzte.</p> <p>-Bai gazteenek baita helduenek ere batz besterik 11 eta 12 puntu bitarteko</p>	<p>-Asistentzia gehien izan zutenek alta errazago lortu zuten</p> <p>-Batzuek droga kontsumitzen jarraitu izana helburuak lortzea baldintzatu zuen</p> <p>-Motibazio handia erakutsi zuten</p>	
----------	---	--	--

	hobekuntza dute.		
Ondorioak	<p>-Zenbat eta luzeagoa izan adikzioa, handiagoak dira pertsona hauek dituzten sintoma somatikoak</p> <p>-Jarduera fisikoaren programak hobekuntza ekarriko du testaren emaitzetan honek aztertzen dituen lau azpitaldeetan.</p> <p>-Hobekuntza gehien sintoma sozial eta somatikoetan izango dira.</p>	-Jarduera fisikoak errehabilitazio programan motibatzeke balio du eta emaitza hobekiak lortzen dira horrela.	Jarduera fisiko tresna merke eta oso baliagarria da osasunean erabiltzeko, baina profesional faltak eta programen kalitate prekarioak bere erabilgarritasuna asko gutxitzen du.

. Aurreko koadroan erakutsi dudak bezala nire esku-hartzerako hiru lan erabili ditut. Lehenengo biak ikerketak dira eta hirugarrena bilaketa bibliografikoa. Fernandezek Jarduera fisiko programek patologia duala duten pertsonengan duen eragina aztertzen du, Valverdek errehabilitazio prozesuan dauden toxikomanoentzat jarduera fisikoak dituen onurak eta Saavedrak drogamenpekotasuna duten pertsona eta jarduera fisiko programei buruz bilaketa bibliografikoa egiten du.

- Fernandez, Garciak eta Martinezek, 2011.urtean Revista Iberoamericana de **Psicología del Ejercicio y del Deporte** aldizkarian argitaratzen dute " Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con **patología dual**" ikerketa eta bertan esku-hartze programa bat proposatzen dute.



## Edukia

Weinbergekek eta Gouldek 2010. urtean programa honetan jarduera fisikoa ahalik eta eraginkorrena izateko egin beharrekoari buruz hitz egiten dute. Hasteko, ariketak erakargarria izan behar du eta gustura egitekoa. Motibazioa bultzatzeko ariketa hoberena kirola da, kiroleko jarduerak izanda talde lanak parte hartzea laguntzen duelako eta taldekide bakoitzak taldearekiko ardura duelako. Futbola horretarako ariketa egokia izan daiteke, jokoaren bidez forma fisikoa hobetu eta programari atxikimendua lortzen delako.

## Iraupena

Intentsitatea eta iraupenari dagokionez gutxienez 6 hilabetekoa izatea gomendatzen da, astean ordu bateko hiru saio eginez. Hau da, astean 180 minutu, Blair eta Morrisek (2010) zehazten duten asteko 150 minutuak baino gehiago. Era berean, Biondik (2007) dioen bezala, garrantzitsua da pertsona bakoitzaren osasuna, gaitasun fisikoa eta izan ditzakeen arazoak ezagutzea honek behar duen intentsitatea zehazteko. Ozcortak eta besteek (2011), adibidez, pazienteek gaitasunak baloratzeko futbola erabili zuten.

## Baliabideak

Ariketa fisikoa egiteko espazio egoki bat aurkitzea garrantzitsua da. Askotan, izugarrizko programak sortzen dira baina gero ezin dira praktikara eraman nahikoa baliabide ez daudelako, horregatik da garrantzitsua jarduera fisikoa egiteko tokia, materiala eta giza baliabideak ondo programatzea (Ozcorta et al. , 2011).

## Metodologia

Patologia duala sufritzen duten pertsonetako askok besteek onartuak izateko beharra sentitzen dute. Horregatik Ozcorta eta besteek (2011) lortzen dituzten garaipenak onartzea eta saritzea proposatzen dute, programan zehar helburuak jarriko dira hauek gainditu eta parte hartzaileen autoestimua indartzeko.

Musika erabiltzea ere proposatzen dute Ozcorta eta besteek haien esku.hartzean. Priest eta Karageorghisek 2008an esan zutenaren arabera, musikak eta jokoak jarduera fisikoaren intentsitatea denbora luzeagoan mantentzea laguntzen du. Musikaren erabilerak neke psikologikoa murrizten du, askotan nekea bakoitzak sortzen duela egiten ari den esfortzuan gehiegi pentsatzen duenean

Entrenatzailea eta jokalariaren artean harremana egiteak ere asko laguntzen du. Programan parte hartzen duen pazienteak ezin du hau arrotza denik sentitu, Jimenezek (2008) dioenez. Taldean giro ona egotea ere garrantzitsua da, denak helburu beragatik ari direla ikusi behar da, ez entrenatzaileak behartzen duelako egiten dena. Horregatik, entrenatzailea taldean integratu behar da, taldekide bakoitza ezagutu, hauen arazoetan lagundu, taldearen arazo eta hauen soluzioan konprometitu. Talde giroa eta elkartasuna oso garrantzitsuak dira programa hauek ondo ateratzeko. Askotan taldekideak integratuta sentitzen ez direnean haien autoestimua faltagatik da, baina entrenatzailearen lana ez da soilik jokoak erakustea eta kontzepzio horrek askok tratamendua programa uztea eragiten du, gustura ez daudelako. Hori oso arriskutsua da, jarduera fisiko programa oso eraginkorra delako.

Heziketa fisikoan lizentziatua den Valverdek 1994.urtean “ **La actividad fisica para sujetos toxicómanos en rehabilitación**” ikerketa idatzi zuen, drogamenpekotasuna duten pertsonen errehabilitaziorako esku-hartze bat proposatzen duena.

### Edukia

Valverdek (1994) diotenaren arabera, programaren edukiak ezartzeko zenbait aldagai izan behar dira kontuan:

- Aurretik ezarritako helburuak. Edukiak lortu nahi denaren arabera dira
- Galdeketa bat egin behar zaie programaren parte hartzaileei.Hor, pertsonalki haiek lortu nahi dutena ezagutu beharko dugu eta programan ahalik eta gogo gehienarekin lan egiteko motibatuko dituen zer den jakin.

- Parte hartzaileen egoera fisikoa ere zehaztasunez ezagutu behar da. Horretarako mediku batek aztertu beharko ditu.
- Eskura ditugun baliabide material eta giza baliabideak ezagutzea.

Honen arabera, hauek dira erabili ziren edukiak.

- Gaitasun fisiko orokorra:
  - 400 metroko pistan lasterka egitea, inoiz ez 15 minutu baino gehiago eta bihotz maiztasuna 120 t/m ra iritsi gabe.
  - 200 metroko pistan 150 korrika eta 50 oinez
  - Oregon zirkuitua: lasterketan zehar geldialdiak egiten dira intentsitate baxuko ariketak egiteko.
  - Kide baten pisuarekin indar ariketak, serie eta errepikapen gutxirekin
  - Malgutasun ariketak
  - Erreakzio abiadura lantzeko ariketak

- Kirola:

Eskuragarri zituzten instalazio eta materialek eragin zuten kirolak programa honetan duen garrantzia. Kirol tradizionalak erabili ziren, taldean egiten direnak, hala nola:

futbola, saskibaloia, eskubaloia edo igeriketa. Lehenik eta behin oinarrizko teknika, arauak eta taktika ikasten zuten, ondoren edukietan gehiago sakontzeko. Tradizionalak ez diren beste kirol batzuk ere erabili ziren, baita kirola ez diren beste zenbait joko-jolas ere.

- Beste ariketa batzuk:

Saio batzuk gorputz pertzepziorako erabili ziren, baita erlaxazio edo arnasketa lantzeko ere.

## Baliabideak

Programa hau Riazorreko udal instalazioetan egin zen eta ondorengoak zeuden erabilgarri:

- 400 metroko kanpoko atletismo pista
- 200 metroko atletismo pista estalia
- Estalitako futbol 8ko zelaia, futboleko ateen gainean saskibaloiko saskiak dituena. Boleiboleko sarea ere badu. (50x25m)
- Gimnasioa (20x10) bertan ohikoa den materialarekin: plintoa, espalderak, koltxonetan etab.
- Igerileku bat, 25x12,5 neurrikoa eta 1,20 eta 2,1 metro arteko sakonerarekin. Material ezberdina zuten eskuragarri: aletak, tablak etab.

Horrez gain, programa hasi aurretik materiala erosi behar izan zen: baloiak, raketak eta badmintoneko bolanteak, pikak etab.

## Metodologia

Programa honetako metodologia pentsatzeko Sanchezek (1986) dioena kontuan hartzen da, heziketa prozesuaren arrakasta pertsonen komunikatzeko duten gaitasunaren ondorioa dela esaten baitu. Horregatik Valverdekin esaten du programa hasi aurretik hain bereziak diren pertsona hauengana nola iritsi izan zela pentsatu zuen lehenengo gauza.

Egoera zaila zen, parte hartuko zuten pertsona gehienak baino gazteagoa zelako eta gainera emakumea. Hasieratik mediku eta zainzaileek esan zioten bera kontrolatzen saiatuko zirela, haiek nahi zutena egitea lortuz. Oso ohikoa izan ohi da talde hauetan, txantaia moduan haiek nahi dutena egiten ez bada ez dute parte hartzen edo zuzenean ariketak egiten hasten dira aginduak edo jarraibideak entzun gabe. Kontatzen duenaren arabera ez zen hain larria izan eta hasieratik argi geratu zen nola izango zen saioak nola antolatuko ziren eta zein ziren programazioaren helburuak.

Informazioa helarazteko zenbait teknika erabili ziren. Alde batetik adibideak edo modeloak erabiltzen ziren ariketak azaltzeko. Hau da bide eraginkorrena, baina gehiegi erabiltzen bada balioa galtzen du. Bestetik ahozko azalpenak ere egiten dira, luzeagoak normalean eta azalpena errazteko keinuak erabiltzen dira.

Irakasteko teknika ezberdinak erabili ziren: instrukzio zuzena, arazoan ebazpena, arduaren banaketa, lagundutako ikasketa. Helburuen arabera erabiltzen zen bata edo bestea, baina beti zen aktiboa irakaslearen parte hartzea. Hezitzailean papera ezinbestekoa da, berak diseinatzen du programa orokorra, baina hau kasu zehatzera bideratua dago eta praktikan jartzea momentuko gauza da. Horrek esan nahi du pertsona bakoitzari egokitu behar dela benetako helburuak lortzeko eta hori da hain zuzen hezitzaileak ariketa guztietan betetzen duen papera. Berak daki bakoitzak egin dezakeen ariketa denbora, intentsitatea, zenbateraino dakien zuzenketak eta kritikak onartzen etab.

- Saavedra Garciak (2003) , Jarduera Fisikoa eta Kirolaren zientzietan doktore denak, errebisio bibliografiko bat egin du jarduera fisikoa eta drogamenpekotasuna duten pertsonen errehabilitazioari buruz.

### Helburuak

Helburuekin hasteko, aipatzekoa da autore honek jarduera fisikoen programak askotan gaiari buruz ez dakitenean eskuetan geratzen direla esaten duela. Jarduera fisikoan adituak direnek askotan ez dute programaren diseinuan parte hartzen eta horrek helburu desegokiak ezartzea eragiten du. Askotan, helburuak diziplinaren arabekoak izan ohi dira eta egokiena helburu orokorrak izatea da. Toxikomanoekin lan egiten adituek lehen mailako ondorengo helburuak proposatzen dituzte: Egoera eta gaitasun fisikoak berreskuratzea, osasun psikologikoa hobetu eta bergizarteratzea. Hauek helburu orokorrak dira, baina hauek egokitu eta zehaztu beharko dira ondorengoan arabera: gaixotasunaren larritasuna, tratamenduaren fasea, historial toxikologikoa, lotutako patologiak (ihesa, **arazo kardiobaskularrak, hepatitis, depresioa...**), **sujetuaren ezaugarri demografiko eta sozialak** (adina, sexua, maila soziokulturala, ingurunearen **eragina...**) **kirolean aurrekariak eta gustuak**, baita izango diren baliabideak (**materiala, ekonomia, langileak...**).

## Edukiak

Edukiei dagokienez, ariketa aerobikoa da programa gehienetan erabiltzen dena (Lopez eta Almendral, 1997, eta Riera, 1997). Intentsitate baxuko ariketa aerobikoak gomendatzen dituzte antsietatea edota depresioari aurre egiteko, drogamenpekotasuna duten pertsonetan gaixotasun hauek oso ohikoak dira. Horregatik gomendatzen dira ondorengo edukiak:

- Gaitasun fisikoa: intentsitate baxuko paseoak, muskulazio ariketak, ariketa **aerobikoak, lasterketa...**
- Joko eta kirolak: igeriketa, futbola, saskibaloia, badmintona, arte martzialak, **heziketa fisikoa, psikomotrizitatea, pertzepzio gaitasuna...**
- Psikomotrizitatea: gorputz adierazpena, erlaxazioa, dantzak, heziketa fisikoa,

Ikerketa askok onartu dute ariketa aerobikoak dituen onurak drogamenpekotasun eta gaixotasunei aurre egiteko terapietan. Bestetik kirolek lehiaketa osagaia dutela onartzen da eta honek ez duela balio terapeutiko handirik, baina parte hartzaileak programan integratu eta motibatzeke balio dute (Martinez eta Viqueura, 1997) . Horrek ez du esan nahi ariketa batzuk baztertu behar direnik, bakoitzaren egoeraren arabera delako ariketa bakoitzaren eraginkortasuna eta ez dugu honen inguruan dogmarik sortu behar.

Garrantzitsua da programaren hasieran psikomotrizitatea lantzea, drogak gorputz eskema eta hautematean aldaketa handiak eragiten dituelako eta hau berreskuratu beharra dago. Pazienteei haien gorputza errespetatzen erakutsi behar zaie. Drogamenpekotasunak osasun fisikoaren galera handia dakar eta hori berreskuratzeko lana ere egin behar da. Aurretik esan den bezala, prozesu horretan integrazioa eta gizarteratzea bultzatzea oso garrantzitsua da eta hor kirolak paper garrantzitsua jokatzen du.

## Iraupena

Iraupenari dagokionez ikerketa honen autoreak programak errehabilitazio fasea bukatzean iraun dezan gomendatzen du. Jarduera Fisikoko programen %50ak 2 eta 6 hilabete artean irauten dute. Hori ez da iraupen txarra, denbora luzean drogen menpe bizi den pertsonak jasaten dituen arazo psikiko, sozial eta fisikoak ez dira denbora motzean gainditzen.

## Maiztasuna

Gainera, jarduera fisikoa beti da onuragarria eta ohitura izatea oso osasuntsua da. Programan zehar gutxienez astean hiru eta bost saio bitartean egin behar dira, hau da kirol antolakunde nagusiek (Kirol Medikuntza Eskola Amerikarra, 2000) gomendatzen dutena. Saioa 15 eta 60 minutu bitartekoak izatea gomendatzen da, % 40-85 VO2 max eta % 55-90 bihotz maiztasun maximoa bitarte.

## Metodologia

Metodologiaren inguruan ere hutsune handia dagoela aipatzen du Saavedrak eta horrek heziketa fisikoak kolektibo honekiko duen jarrera erakusten digu. Harrigarria da metodologia batzuk beste batzuk baino egokiagoak kontsideratu ez izana pazientearen terapiaren fasearen arabera. Ez da berdina terapiaren lehen fasean edo aurreratuagoetan dagoen pertsona bat. Are gehiago, naiz eta bakoitzak bere ezaugarriak dituen, lehen fasean dauden pertsonak jarrera antisozial asko dituzten pertsonak dira, ingurukoekin harremantzeko arazoak izan ohi dituztenak, fisikoki egoera txarra dutenak... **Honek, argi dago, metodologia indibidualizatua** eskatzen duela, fase aurreratuago batean dauden pertsonengan berriz beharra desberdinak izango dira. Horregatik, ezin da metodologia zehatz bat gomendatu, fase bakoitzean egokitzapen desberdinak egin beharko direlako.

Bukatzeko programa fasetan bereiztea proposatzen da. Programak helburu orokorrak ditu, baina hauek betetzea helburu zehatzagoen baitan dago, helburu orokorrak momentuko egoerara egokitu behar baitira. Argi dago programa batean sartu berri den pertsonaren egoera ez dela programak murgilduta 3 hilabete

daramatzenaren berdina. Hori aztertzea oso garrantzitsua da, momentuko egoera aztertu eta helburu eta prozedurak egokitzen ez baditugu ez direlako helburu orokorrak lortuko. Egoera hori aztertu, faseak bereizi, trantsizioak prestatu eta momentuko arazo eta berezitasunen arabera lan egiten da jarduera fisikoko adituaren lana. Nahiz eta eskema orokor bat proposatu, argi dago praktikan jartzea dela garrantzitsuena, helburuak pertsonarengan ikustea, ez paperean idatzitako eskema batean. Ondorengoak dira autore honek egiten duen proposamena:

Tratamenduaren fasea	Helburuak	Edukia
Harrera eta desintoxikazio fasea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gorputzaren kontzientzia hartzea</li> <li>• Berreskurapen fisiko arina</li> <li>• Ohitura higienikoak hartzea</li> </ul>	Psikomotrizitatea, jokoak, paseoak, <b>gorputzaren ezagutza...</b>
Ohitura galtzeko fasea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaitasun fisikoa berreskuratzea</li> <li>• Depresio maila gutxitzea</li> <li>• Estresaren kontrola hobetzea</li> </ul>	Fitness, muskulazioa, erresistentzia aerobikoa, kirol indibidualak
Bergizarteratze fasea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bergizarteratze soziala</li> <li>• Besteekin harremana egitea</li> <li>• Denbora librearen gestioa</li> </ul>	Kirola(liga eta lehiaketa). Dantza, kanpaldiak, gimnasioa, kirol kolektiboak

Drogomenpekotasuna duten pertsonentzako programaren ezaugarriak. Saavedra (2003)



## 2.2 Nire esperientzia

### *a. Xilema fundazioaren programa*

Xilema Fundazioa 2012an sortzen den elkarte da, gizartean baztertuak izateko arriskuan dauden pertsonak laguntzeko helburuarekin. Egoera guztietako pertsonekin lan egiten dute: haurrak, adin txikikoak, emakume gazte eta helduak, etxerik gabekoak, patologia anitza dutenak, ezintasun intelektualekoak, banaketa prozesuan dauden bikoteak etab. Laguntza beharrean dauden pertsonekin lan egiteaz gain hauen senideekin ere lan egiten dute. Fundazio hau Nafarroan eta Araban **aurki dezakegu eta erdipribatua da: Nafarroako Gobernua, Iruñeko Udala, Arabako Foru Aldundia, Eusko Jaurlaritza eta Osakidetzarekin** hitzarmena du.

Nik Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzietako derrigorrezko praktikak Xilema Fundazioak Gasteizen duen Abegia erresidentzian egin ditut. Bertan 120 orduz egon naiz lanean

Abegiako erresidentzian patologia anitzeko pertsonak 24 orduz egoten dira, arazo mental larriak eta adikzioak dituztenak edo gizartetik kanpo geratzeko arriskua dutenak aurkitzen dira hemen. Pertsona hauei gizartean integratzeko aukera ematen zaie gaur egun, osasun eta gizarte zerbitzuen bidez.

Etxebizitza hauetan gehienez 15 pertsona egon daitezke haiek edota erresidentziako zuzendariak nahiko dela ikusten duten arte. 18 eta 65 urte bitarteko pertsonak onartzen dira, patologia larri eta drogamenpekotasunengatik beste tratamendu klinikoak jasotzeko arazoak dituztenak. Aurkitu nituen erabiltzaileek ez dut inoiz jakin zehazki zein trastorno mental zuten. Haien gaixotasunaren ondorioak ikusten nituen, bakoitzak bereak. Denek jasotzen zuten medikazioa eta horrek asko eragiten zien, oso motelduta eta nekatuta egon ohi ziren fisikoki. Motibazio gutxi izaten zuten askok eta batzuetan lo geratzen ziren medikazioa asko jaso bazuten. Batzuetan ez zuten kiroleko saiara etorri nahi izaten eta beste zerbait egiteko aukera izan ohi zuten. Bakoitzak bere berezitasunak zituen: batzuek egun batzuetan ezin zuten ohetik ere altxa, beste batzuk bere buruaz beste egiten saiatzen ziren, batzuk ez zuten egun osoan hitzik egiten eta berehala haserretzen ziren, batzuk haien bizitzari buruzko gezurrak asmatzeko

joera zuten etab. Horrelako gauzak ikusita, bazeuden asko harritzen ninduten batzuk. Bi pertsona zeuden ikustean alai eta ondo zeudela ziruditenak.

Etxeari dagokionez nire balorazioa oso positiboa da. Pertsona hauek aukera asko dituzte, oso zerbitzu onak eta langile onak. Tratamendua oso pertsonalizatua da, bakoitzak bere gela dauka eta egunean zehar langile asko daude. Ia bakoitzarentzat langile bat egon ohi da. Dieta pertsonalizatua izateko aukera daukate eta langileek asko laguntzen diete. Ez daukate telefono mugikorrik erabiltzeko aukerarik baina ordenagailuak erabili eta kanpora deiak ere egin ditzakete baimena badute. Senideen bisitak jaso ditzakete astebukaeretan. Etxeak bere arauak ditu eta betetzea ezinbestekoa da. Droga kontsumoa, noski, debekatua daukate. Etxearen kanpoaldean tabakoa erretzea onartua daukate, askotan erretzen dituzten zigarroak kontrolatzen zaizkie. Zigorrak erre ditzaketen zigarroa kopurua murriztea izaten dira batzuetan. Etxeko kanpoaldea oso polita da, paseatu ahal izateko zelai txiki bat dute eta baratza ere badaukate.

Egunean zehar ordutegia oso zehatza da. Ikastolan ordutegia bezalakoa da, ekintza desberdinak dituzte eta bakoitzak bere ordutegia du. Ni kirol eta osasuneko tailerretara joaten nintzen. Osasun tallera asteazkenetan izaten zen 10:45 etik 12.15etara eta kirola asteazkenetan 16.30etik 17.30etara eta ostiraletan 12.30etik 13.30etara. Osasuneko tailerra ez nuen gaizki ikusi, haientzat garrantzitsuak ziren gaiei buruz hitz egiten zen eta laguntza ematen zitzaien. Osasunerako garrantzitsuak diren gauzei buruzko kontzientziazioa egiten zen eta niri praktika ezberdinak egiteko aukera eman zidaten. Irekia zen eta gustatu zitzaidan. Arazo kirol edo jarduera fisikoko saioetan ikusi nuen. Ez zegoen Jarduera Fisikoa eta Kirolen Zientzietan lizentziatua zen inor, ez nuen inorengandik ikasi.

Zentroan langileek duten metodologia asko gustatu zitzaidan, aurretik ikusi ez nuelako eta oso ideia ona iruditu zaidalako. Metodologia hau pertsona hauek arazo bat dutela onartu eta hau konpondu edo egoera hobetzeko konpromezua hartzean oinarritzen da. Argi dago terapiak ez duela zentzurik hau jasotzen duen pertsonak konpromezurik ez badauka. Horregatik, etxean egotea ez da derrigorrezkoa, nahi dutenean atera daitezke eta inork ezin die hau galarazi.

Modu eraginkorra da tratamendua berea den eta inposatzen ez den zerbait bezala ikusteko. Langileek, gaixoren batek joan nahi badu, hitzekin konbentzitzen

saiatzen dira, badakitelako kalera atera ezkerok askok droga kontsumitu eta terapia pikutara botatzen dutela. Ezinezkoa litzateke, nahita ere, norbait kalera atera ez dadin indarrez galaraztea, oso agresibo jartzen direlako. Behin baino gehiagotan izan dira erasotuak langileak, nik ikusi ez dudan arren, kasu horietan poliziari deitu izan zaio.

Ni egon naizen bitartean pertsona batek bakarrik egin du ihes, sartu nintzenean esan zidaten hori ohikoa zela. Ihes egiten dutenek droga kontsumitzen dute. Horrela izan zen nik ezagutu nuen kasuan, hau espetxean egondako pertsona bat zen eta esan zidatenaren arabera espetxean berriro sartzeko arriskua zuen epaiketa zeukalako. Ihes egin zuenean droga kontsumitzeaz gain lapurretan egin zuen, bi astetan edo egon zen ihes eginda eta momentu horretan poliziaren esku zegoen bera bilatzea. Azkenean bere borondatez itzuli zen Abegiara.

Itzultzen den momentu hori terapia berriro hastea bezala da, oso ahulduta daude eta egindako droga kontsumoak ondorengo egunetan beharra sortzen du, medikamentuekin lasaitu behar dena. Fase horretan jarduera fisikoa egitea oso zaila izan ohi da. Ihes egiteko arriskurik ez dutenei eta jarrera ona dutenei kanpora ateratzeko aukera ematen zaie: erosketak egiteko, lan egitera, tallerretara, kirola **egitera... Pertsona hauek terapia onartzen dutela eta drogarik kontsumituko ez dutela** ikusita haien independentzia bultzatzea bilatzen da.

Zentroko erabiltzaileek terapia aurrera eramateko duten borondatea askotan kiroleko saioetako asistentzian ikusten da. Ni iristen nintzenean asko lo egoten ziren egongelan edo haien gelan. Beste asko medikazioaren eraginpean mugitzeko zailtasun handiarekin. Benetan ikusten zen jarduera fisikoa eta kirola egiteko esfortzu bat egiten zutela eta terapian aurrera egiteko borondatea zutela. Bazegoen 5 urte zentroan zeramatzan bat, 30 urtekoa, saio guzti-guztietara etorri zena.

Ez zuen saio batera ere huts egin eta bere kabuz ere jarduera fisikoa egiten zuen. Baimena ematen zioten zentrotik atera eta arratsalde oso bat kanpoan egoteko oinez edo bizikletan ibiltzen. Hau da denbora guzti honetan jarduera fisikoarekiko atxikimendu handiena zuela ikusi nuen erabiltzailea.

#### *b. Nire esku-hartzea*

Ni nintzen jarduera fisikoan adituena zena bertan eta hori ez da batere seinale ona. Jarduera Fisiko saioak egiten zituzten baina ez zioten garrantzia ematen. Ez zegoen helburu ezta eduki zehatzik. Ezerezetik hasi behar nuen, bilera batean aurreko urteetan egin zutenaren ideia batzuk eman zizkidaten baina programaren garapena praktikan geundenen esku geratzen zen. Jarduera fisikoaren onurak lortzea nahikoa zaila bada, lortu nahi denaren planifikazio eta antolaketa egokirik gabe jai daukagu.

Lan hau egitea erabaki nuen hain justu Abegian hutsune hori ikusi nuelako. Jarduera fisikoak Patologia duala duten pertsonentzat onuragarria izan daitekeela erakusten dute ikerketek baina praktikan hori ez da erabiltzen eta beraz ikerketa guztiek zentzua galtzen dute.

Programa nola egin ikastea lan luzea izan da eta bitartean bertan saioak egin behar nituen. Horretarako lehenik eta behin pazienteekin hitz egin nuen eta zer egin nahi zuten galdetu nien. Zenbait jarduera esan zituzten, nik ere proposamenak egin nituen eta zerrenda bat osatu genuen guzti horiekin: Futbola, eskubaloia, saskibaloia, tenisa, frontenisa, boleibola, badmintona, aerobika, esku pilota, full-contact, igeriketa, joko-jolasak, erlaxazioa, yoga, bizikleta, oinez ibiltzea, punteria **jokoak, muskulazio ariketa lasaiak.. Horiek izan ziren lortu genituen ideia nagusiak.** Prestatzen hasi eta behar genuen materialaren eta baliabideen zerrenda egin nuen. Erantzun zidaten erabili nezakeen bakarra teniseko pilotak eta erraketak, badmintoneko bolanteak, soka saltoko sokak, ping-pongeko palak eta pilotak, gimnasia egiteko tramankulu gutxi batzuk eta hustutako baloi batzuk zirela. Ez futboleko baliorik, ez saskibaloikorik ezta eskubaloikorik ere. Gainera, esan zidaten eguraldiaren araberako zela gure jarduera, euria edo hotz handia egin ezkerro etxe barruko gela txiki batean aritu behar ginela. Eguraldi ona egin ezkerro frontenisean aritzera joan gintezkeen. Horiek ziren baliabideak, oso gutxi nire ustetan. Hala ere, egokitu behar nintzen.

Gainera, esan zidaten kiroldegietako kantzak hartzeko aukera genuela, baina saskibaloikoa, boleibolekoa edo badmintonekoa. Futbolekoa ezin genuen erabili garestiegia zelako.

Langileen partetik laguntza izan nuen, bereziki batek laguntzen zidan, baina ez zen inongo momentuan programa edo egutegi bat egiteko proposamenik egon. Ni lehenik eta behin egin genitzakeen jarduerak taldeetan banatzen saiatu nintzen, hauen antzekotasunagatik, jarduera entretenigarriagoa egin eta ariketa desberdinak eginez atxikimendu handiagoa bilatzeko. Ondorengo sailkapena egin nuen:

1. Barruko jarduerak: Hauek eguraldi txarra zegoenean egiteko prestatutakoak ziren. Lehenik eta behin muskulazio ariketen zirkuitu bat egin nuen ordubeteko saioa betetzen zuena. Saio guztiak hasteko beroketa jolas batzuk pentsatu nituen ("**i love you**" , "**cuba libre**"...) **eta** luzaketak bukaerarako. Beste saio bat pentsatu nuen punteria jolasekin. Bestetik aerobic, erlaxazio, boy bump, luzaketa eta yoga saioak bilatu nituen sarean bideo bidez klase **gidatuak egiteko**.
2. Kanpoko joko-jolasak: Hauek Abegiako zelaian egitekoak ziren, **JFKZko fakultateko "joko-jolas" asignaturan ikasitakoak** egiten nituen. Gehienbat jokoak erabiltzen nituen, taldeek elkarren aurka egiten zutenak: 4 harriak, i love you, kickball, bandera, bandera bikoitza
3. Kantxako kirolak: futbola frontoian, frontenisa, badmintona, saskibaloia eta boleibola.

Hau izan zen nire planteamendu teorikoa. Ez nuen egutegirik egin, eguraldiaren eta kantxa hartzeko aukeraren menpe nengoelako. Saioak egiten joan ahala beste arazo batekin topo egin nuen: parte hartzaile gutxi etortzen ziren eta askotan motibazioa txikia zen. Horrek konponbiderik ez zuen, hori haien patologiaren ondorioa da eta horren aurrean jarduera fisikoak ezin du askorik egin. Pertsona hauek haien mugak dituzte, baina esan bezala, adituon ardura da teoriak dioena praktikan jarri eta momentuko egoeretara egokitzea. Horregatik egokitu ditut nik landu nahi nituen edukiak haiek gustuko dituzten jardueretara.

Kasu batzuetan nire balorazioa positiboa izan da. Aurretik esan dudana bezala bereziki paziente batean ikusi dut jardura fisikoa disfrutatzeko gai dela eta eragin positiboa duela. Hasi nintzenean esan zidaten horrela izango zela, ez da ni egon naizen bitartean gertatu den zerbait, baina nire saio guztietara etorri da eta hori oso esanguratsua da. Denek huts egiten zuten noizbait, berak izan ezik. Gainera, bere denbora librean kirol egiten zuen eta orduak pasatzen zituen ibiltzen. Ez zuen inongo momentuan ihes egiteko edo droga kontsumitzeko tentaziorik.

Bukatzeko aipatu nahi dut pertsona hauek jardura fisikoa nola sentitzen duten eta honek dituen onurak nabaritzen dituzten aztertze test batzuk prestatu nituela. Haiek oso gustura egin zituzten eta bertako langieei erakutsi nienean esan zidaten oso ondo zudela. Gaia oso pertsonala denez zuzendaritzari baimena eskatu nion eta onartu zidaten, galderak erakutsi nizkien eta egokian zirela esan zidaten. Hasiera batean emaitzak lan honetan sartzea pentsatu nuen, baina informazio hau probatua da eta batzorde etikoaren onarpen eskaera luzatzeko aukerarik izan ez nuen izan. Beraz, esperientzia eta emaitza hauek onak izan diren arren, ez ditut argitaratuko.

### **2.3 Programa proposamena**

Beste ikerketa batzuk aztertu eta izan dudan esperientziarekin ikusi dut programa zehatz bat oso garrantzitsua dela jarduera fisikoaren onurak ikusteko. Programak helburu eta eduki zehatzak izan behar ditu, ondo antolatua izan behar du, faseetan bereizia eta metodologia zehatz bat jarraituz. Ondorengo eskema jarraituz egingo dut nire programaren proposamena:

#### **Helburuak**

Helburuak programaren funtsa dira, hauek jartzen dute programaren norabidea. Ezin dira edozein izan eta ezin ditu edozeinek egin. (Saavedra, 2003) Lehenik eta behin pertsona hauen patologia ezagutu behar da, egunerokoan zein arazo sortzen dizkien eta jarduera fisikoan zertan lagundu dezakeen. Argi dago, adibidez, helburua patologia sendatzea bada programa porrota izango dela, jarduera fisikoaren bidez ezin delako hori lortu. Helburuek lorgarriak izan behar dute eta programan zehar faseka ere zehaztu beharko dira hauek lortzen diren ikusteko. Helburu hauek proposatzen ditut nik:

- Gaitasun fisikoa berreskuratzea
- Bergizarteratzea
- Osasun psikologikoa hobetzea
- Autonomia eta autoestima bultzatzea
- Lo osasuntsua lortzea

Helburu orokor hauek proposatzen ditut baina uste dut egoera banan bana aztertu behar dela eta bakoitzaren egoera zenbait aldagaien arabera dela: Gaixotasunaren larritasuna, tratamenduaren fasea, historial toxikologikoa, lotutako patologia, ezaugarri demografiko eta sozialak, motibazioak eta izango diren baliabideak.

## **Edukiak**

Saavedrak (2003) dioenaren arabera eta nire praktikan ikusi den bezala, programaren funtsa ariketa aerobikoa izan behar da. Pertsona hauengan oso ohikoak dira depresioa eta antsietatea. Jarduera fisikoak ez du patologia sendatuko, baina honek sortzen dituen aldagai psikologiko hauek kontrolatzen lagunduko du eta ariketa aerobikoa horretarako ezinbestekoa da:

- Gaitasun fisikoak: paseoak, muskulazio ariketa eta zirkuituak, ariketa **aerobiko lasaiak, lasterketa...**
- Jokoak eta kirolak: taldekoak eta helburu zehatz batekin, talde kohesioa eta motibazioa laguntzen dutenak (4 harriak, bandera, bandera bikoitza, frontenisa, futbola, saskibaloia...)
- Psikomotrizitatea: gorputz adierazpena, aerobika, dantzak, heziketa **fisikoa...**

Hau da egiten dudana proposamena, baina ez da modu dogmatikoan ezarri beharreko eskema, egoera bakoitzari egokitu behar zaio eta hori ezagutzeko zenbait aldagai proposatzen ditut:

1. Ezarritako helburuak
2. Haien helburu pertsonalak eta gustukoak dituztenak ariketak
3. Parte hartzaileen egoera fisikoa
4. Giza baliabideak eta baliabide materialak

(Valverde, 1997)

## **Iraupena eta faseak**

6 eta 8 hilabete bitarteko programa bat proposatzen dut, Ozcorta eta laguntzaileek (2011) diotenari jarraituz. 8 hilabetetik aurrera luzeegia da, eraginkortasuna galduko du motibazioak behera egiten duelako. Hala ere, programa bukatzean jarduera fisikoak jarraitu beharko du. Drogak kontsumitzearen arrazoia ere aztertu beharko genuke, jatorri psikiko, fisiko eta soziala daukana. Terapia bidez drogaren kontsumoa utzi daiteke momentu batez, baina kontsumora bultzatu duten arrazoiak desagerraraztea oso zaila da, pertsonan eta bere inguruan daudelako.



Horregatik, hori guztia jarduera fisikoaren bidez norabide egokian bideratu behar da. Jarduera fisikoa ez da programa batean behar den zerbait, pertsona guztiek ahalik eta osasuntsuen egoteko behar duguna baizik (**Madariaga eta Goñi, 2009**).

Bestetik, astero ordu bateko 3 saio egin behar dira eta gehienez 5, Kirol Medikuntza Eskola Amerikarrak (2000) dioenari jarraituz. Hauetan nahitaez aipatu ditugun hiru edukiak landu behar dira.

Programa hiru fasetan bereizi behar da, Saavedrak (2003) dioen bezala: Desintoxikazio fasea, egokitze fasea eta gizarteratze fasea. Fase bakoitzean pertsona bakoitzak behar duena aztertzea izango da adituaren lana. Horren arabera helburuak zehaztuko dira eta hauek betetzen diren ikusteko 15 egunean behin behaketak eta galdeketak egingo dira. Horren arabera hurrengo faserako trantsizioak egingo dira.

### **Metodologia**

Metodologia ez da berdina izango fase guztietan, indibidualizatua izan beharko da gainera pertsona bakoitzaren arabera. Horregatik proposamen eta aholku orokor bat egingo dut. (Saavedra, 2003)

Garrantzitsuena paperean idatzia dagoen horrek programako parte hartzaileengan eragitea izango da. Idaztea oso erraza da, baina hitzek ez dute inongo baliorik esaten dutena betetzen ez bada. Hori da metodologiaren garrantzia, paperetik ekintzetara igarotzeko erabiliko diren teknikak dira. Prozesu hori aurrera **eramango duen pertsonaren izaera, hitz egiteko modua, motibazioa, itxura... oso garrantzitsua** izango dira.

Esan dudan bezala irudiak garrantzia izango du. Ez da berdina zelai garbi batean kirola egin edo zikina dagoen gela ilun batean jarduera egitea, adibidez. Inguruak garbitasuna, lasaitasuna eta segurtasuna transmititu behar du. Momentu guztietan segurtasuna transmititu behar zaie eta horregatik erabiltzen diren material guztiak nola erabiltzen erakutsi behar zaie. Ingurunea eta giroa egokia izateko musika erabiltzea ere gomendagarria da. Priest eta Karageorghisek 2008an esaten dute musikak nekea gutxitzen duela, ariketak sortzen duen nekean pentsatu beharrean abestian, bere erritmo eta letran pentsatzen delako.

Musikak neke erlatiboa txikitzen laguntzen digu eta ingurunearen segurtasuna handitzen du.

Programan zehar parte hartzaileen autoestima igotzea garrantzitsua da hauek aurrera jarrai dezaten, Ozcorta eta laguntzaileek (2011) dioten bezala. Bete daitezkeen erronkak jartzea garrantzitsua da, hauek lortzen direnean errefortzu positiboa jaso eta egiten den esfortzua saritzeko.

Jimenezek (2008) dioen bezala entrenatzaile eta pazienteen artean talde giroa sortzea ere oso garrantzitsua da. Denak helburu beragatik lanean ari direla eta integratuta sentitu behar dute. Integratuta ez sentitzeak desmotibazio handia sortzen du eta programa uztea eragin dezake. Gainera, programa haiena bezala sentitu behar dute, haien onurarako dena eta horregatik egiten dutela, ez irakasleak behartzen dituelako. Behartuak egiten duten momentuan honek eraginkortasun handia galduko du.

### **Baliabideak**

Programa hau aurrera eramateko ondorengobaliabideak beharko dira:

Giza baliabideak: 10 pertsonako jarduera fisiko eta kiroleko lizentziatu bat eta bi gizarte langile.

Baliabide materialak: Futboleko, saskibaloiko, boleiboleko eta badmintoneko zelaiak eta materiala. Frontoi bat eta materiala. Kanpoan dagoen zelai zabal eta lau bat. Estalitako gela zabal bat. Muskulazioa egiteko oinarrizko materiala (mankuerna txikiak, soka elastikoak, esterillak...). Baloï biguneko zaku bat. Telebista, ordenagailua eta internetera sarbidea.

Baliabide asko kalean aurki daitezkeen, kantxak eta frontoia ez dira erosi behar. Eguraldi txarra egitean estaliak daudenak aurkitu beharko ditugu.

### 3. BIBLIOGRAFIA

Aramendi (1999), *Actividad Física, deporte y vida*. Lasarte-Oria.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. (2012) Abuso o **dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio sobre la prevalencia de la patología dual**. *Rev Psiquiatr Salud Ment*.6(3).121-128.

Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and WellBeing. *International Journal of Sport Psychology*, 31 (1), 47-65.

**Bañuelos, F . (1986). Bases para una didáctica de la educación física y el deporte**. Madrid: Gymnos.

**Bernardo, M., Cañas, F., Banegas, J. R., Casademont, J., Riesgo, Y. y Varela, C. (2009)**. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: Across-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *European Psychiatry*. 24 (7). 431-441

Biondi, R. F. (2007). **La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabitación a las drogas**. 14(2). 82-89.

Blair, S. N. eta Morris, J. N. (2009). Healthy hearts and the universal benefits of being physically active: physical activ-ity and health. *Annals Epidemiology*. 19(4). 253-256.

Bracken, B. A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Austin

Brunet, J.J. y Negro, J.L. (1982). **Las tutorías**. Madrid.

Burns, R.B. (1979). **El autoconcepto: teoría, medición, desarrollo y comportamiento**. Bilbo.

Cabra M.A. *Modelos dispositivos de apoyo a las personas con enfermedad mental*.

Cacigal (1974). **El deporte en la época actual. España**

Canada Fitness Survey, (1983). *Fitness and lifestyle in Canada*. Ottawa

Clark, R. (1994). Family costs associated with severe mental illness and substance use: a comparison of families with and without dual disorders. *Hospital and Community Pshiquiatry*. 45(8), 808-813

Colegio Americano de Medicina Deportiva (1998). The recommeded quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healty adults. *Medecine & Science in sports & exercise*.30 (6).975-991.

Cuadra, H. eta Florenzano, R. (2003). El bienestar **subjetivo: Hacia una psicología positiva**. **Revista de Psicología**.12. 83-96.

Deci, E. eta Ryan, R. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 68-78.

Deci, E. eta Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York.

Dosil, J. (2004). ***Psicología de la Actividad Física y del Deporte***. Madrid.

Fernandez, E.J. , Garcia, J. eta Martinez, C. (2011). **Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual**. *Revista de iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 1 (6), 113-132

Fox, K. R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.

Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. The physical self. *Human Kinetics*.

**Fraille, A. (2003). Actividad física y salud en educación Secundaria. Valladolid.**

Franzoi, S. L. y Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.

Garcia S. (1994). Origen del concepto deporte. *Aula.6*. 61-66.

Gavidia V. (1998). ***Salud, educación y calidad de vida***. Colombia.

Gavidia, V. (1998). ***Sa-lud, Educación y Calidad de Vida. De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud***. Bogotá

Gurney, P.W.. (1987). *The use of operants technique to raise self-esteem in maladjusted children*. *British Journal of Educational Psychology*. 57(1). 87-94

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children. (Revision of the Perceived Competence Scale for Children)*. Denver.

**Jiménez-Martín, P. J. (2006). Actividad física, deporte y jóvenes en riesgo: reflexiones para la mejora de los programas de intervención. Violencia, deporte y reinserción social. Estudios sobre ciencias del deporte. 48 (2). 25-44. Madrid: Consejo Superior de Deportes.**

**Lemos, I. eta Viqueira, J. (1997). La actividad físico-deportiva. Un instrumento educativo y terapéutico I. Revista de la asociación Proyecto Hombre.22. 22-27.**

Lintunen, T. (1987). Perceived Physical Competence Scale for Children. *Scandinavian Journal of Sports Sciences*, 9, 57-64.

López, I. eta Almendral, P. (1997). Efectos del ejercicio físico en sujetos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. *Archivos de medicina del deporte XIV (59)*, 135-140

**López de Viñaspre, P.** eta laguntzaileak (2003). *Manual de Educación Física y Deportes*. Barcelona.

**López, I. eta Almendral, P. (1997).** Efectos del ejercicio físico en sujetos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. *Archivos de medicina del deporte* 14 (59). 135-140.

Marsh, H. (1997). The measurement of physical self-concept: a construct validation approach. *Human Kinetics*. 27-58.

Marsh, H., W., Walker, R. y Debus, R. (1991). Subjet-especific components of academic self-concept and self-efficacy. *Comtemporary Educational Psychology*, 16, 331-345.

Marsh, H.W. eta Shavelson, R.J. (1985). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10. 390-407

Moreno, A. (1997). **Las actividades físicas y recreativas para el tiempo libre y el ocio.** *Salud deporte y educación*. 515-525

**Ortiz A, Alonso I, Ubis A, Ruiz MA (2010).** Patología dual. Barcelona.

Ossa, J.F. eta laguntzaileak (2005). *Revista científica Guillermo de Ockham*. 1(3). 28-59

Paffenbarger R.S., Hyde R.T., Wing A.L, (1986) Physical activity, all-cause mortality, and longevity of collge alumni. *N ENGL j med*605(13), 315-400

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. eta Sandvik, E. (1991). Futher validation of the Satisfaction With the Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*. 28. 1-20.

Priest, D. L. y Karageorghis, C. I. (2008). A qualitative investigation into the characteristics and effects of music accompanying exercise. *European Physical Education Review*. 14(3). 347-366.

Raglin, J.S., Exercise and mental health. Beneficial and detrimental effects. *Sport medicine*, 323-329

Rebraca L. (2007) *Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos*. Madrid

Richards, G. E. (1988). *Physical Self-Concept Scale*. Sydney.

**Rodríguez, A., y Ruiz de Azúa, S. (2006).** Práctica deportiva y ansiedad en la adolescencia. *Psicología del desarrollo y desarrollo social*, 93-106. Badajoz.

**Ruiz de Azúa, S. (2005).** Los efectos ambiguos de la práctica deportiva sobre el autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 10(1),139-148.

Saavedra M.A., González F., Pérez A., Asensio D., Pedrares M.D., Lalín C., Avelino M. eta Pimentel M. El ejercicio físico como herramienta terapéutica en la rehabilitación de toxicómanos. *Apunts*, 77, 48-54

Saiz-Ruiz, J. (2010). Impacto del Consenso Español sobre la salud Física del Paciente con Esquizofrenia. *Revista del Psiquiatría y salud mental*, 4(3), 33-61

Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G.P., Kramer, J., Godinez, J., Bucholz, K. K., Nurnberger, J. I. eta Hesselbrock, V. (2005). Prospective evaluation of the four DSM-IV criteria for alcohol abuse in a large population. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 350-360.

Taylor, A. eta Fox, K. (2005). Effectiveness of a primary care exercise referral intervention for changing physical self-perceptions over nine months. *Health Psychology*. 24(1). 11-21.

Terreros et al. (2009). *Plan integral para la actividad física y el deporte*. Madrid

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Revista de sociodrogalcohol*, 4(20), 315-319.

Touriño, R. (2006). Patología dual y rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial*, 3, 1.

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

Vargas, René. (2007). *Diccionario de Teoría del Entrenamiento Deportivo*. México.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*. 3. 87-116

Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. (2015) *Libro blanco: recursos para pacientes con patología dual en España*. Madrid.

Volkow, N. (2001). Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 158 (89) 1181-1185

Weinberg, R. S. eta Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Ariel.

Williams, L.R.T. & Coldicott, A.G. (1982). High school students: their self-esteem and attitudes toward physical activity. *New Zeland Journal of Health, Physical Education and Recreation*. 62-65

Zulaika, L.M.(1999). *Educación física y autoconcepto. Analisis relacional y eficacia de un programa de intervención para la mejora del autoconcepto físico*.