



Co-funded by
the European Union

Protocol on the benefits of physical activity within addiction treatment therapies

2025



RESTART

RESTART Project

REhabilitative Sport contributing To
Addictions Recovery Treatments



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are, however, those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

INDEX:

1.	Introduction.....	4
2.	Addiction and sport: Concepts.....	4
2.1.	Addiction, intellectual disability and refugee status.....	4
2.2.	Theoretical framework of sport and recovery	4
2.3.	Transtheoretical Model of Change.....	5
2.4.	Self-Determination Theory	5
2.5.	Theory of Subjective Well-being and Resilience	5
2.6.	Social capital and sense of belonging	5
2.7.	Psychosocial dimension of sport.....	7
2.8.	Good practices and levels of care	8
2.8.1.	Primary care	8
2.8.2.	Secondary care	8
2.8.3.	Tertiary care.....	8
2.9.	Sport and dual pathology.....	9
2.9.1.	Substance addiction	9
2.9.2.	Non-substance addictions.....	9
2.9.3.	Benefits of sport in the recovery from dual pathology	10
2.9.4.	Practical applications.....	10
2.10.	Sport and intellectual disability	12
2.11.	Sport and refugees.....	13
2.12.	Sports programmes considering specific gender needs	13
3.	Sports projects for care services dedicated to the treatment of addiction and dual pathology.....	14
3.1.	Protocol on access criteria:.....	15
3.2.	Evaluation of exercise programmes	16
3.3.	Integration of social and healthcare teams	17
4.	Sports protocol activity sheets:.....	17
4.1.	Fitness activity	17



4.2.	Bodyweight Exercise Activity	18
4.3	Ping Pong Activity	20
4.4.	Running activity	21
4.5	Nordic Walking activity	23
4.6.	Aquagym activity	24
4.7.	Community/In-hospital Football Activity.....	25
4.8.	Mountain Therapy Activity	26
4.9.	Therapeutic climbing activity	28
4.10.	Therapeutic Alpine Skiing Activity	30
4.11.	Snowshoeing.....	31
4.12.	Adapted basketball activity.....	33
4.13.	Adapted Gerontogymnastics Activity	35
5.	General conclusions	38
6.	Bibliography	38

1. Introduction

Addiction is no longer understood as a mere behavioural deviation but is now conceived as a complex disorder of a biopsychosocial nature. Within this integrative framework, sport has emerged as a therapeutic tool with multiple proven benefits. Various studies have shown that regular physical activity has a positive impact on reducing cravings, improving mood, strengthening social skills and consolidating healthy habits (López-Torrecillas and Rueda, 2016; González-Sánchez et al., 2020).

In particularly vulnerable populations, such as people with intellectual disabilities (ID) and refugees, sport also plays an inclusive and rehabilitative role that goes beyond the physiological, positively affecting self-esteem, community integration, and quality of life (Barrantes-Brais et al., 2021; UNHCR, 2023). Its universal, structuring and symbolically significant nature makes it an ideal medium for psychosocial intervention in contexts of vulnerability, where recovery requires not only abstinence, but also identity and social reconstruction.

This document will first address the theoretical framework that underpins the relationship between physical activity, motivation and behavioural change. Secondly, it will explain the neurobiological and psychological foundations that explain the effects of sport on addiction recovery. Subsequently, the psychosocial dimension of exercise, its role in the treatment of addiction, good practices and clinical adaptations at different levels of care (primary, secondary and tertiary) will be developed, and finally, the value of sport for refugees will be analysed, before concluding with therapeutic and social implications.

2. Addiction and sport: Concepts

2.1. Addiction, intellectual disability and refugee status

Addiction, according to the DSM-5 (APA, 2013), is defined as a problematic pattern of substance use characterised by loss of control, tolerance and persistence in use despite negative consequences. In Spain, Socidrogalcohol has promoted a biopsychosocial approach in which genetic, psychological and social factors converge (Rodríguez-Martos, 2017).

Intellectual disability involves significant limitations in intellectual functioning and adaptive behaviour, manifested before the age of 18 (AAIDD, 2017). These limitations affect emotional self-regulation, planning and understanding of consequences, which increases vulnerability to substance use (GIESAD, 2018).

In the case of refugees, exposure to traumatic experiences, loss of social networks and forced displacement increase the risk of depression, anxiety and addictive behaviours (Bauman et al., 2021). Sport can offer a therapeutic avenue for personal and community reconstruction, acting as a means of emotional regulation and socialisation.

2.2. Theoretical framework of sport and recovery

The role of sport in addiction recovery is best understood through an integration of several psychological models. This perspective allows us to address the multiple factors involved in the process of change and adaptation, considering both individual and social and emotional aspects. The main theoretical frameworks underpinning the relationship between physical activity and

recovery are described below, such as the Transtheoretical Model of Change, Self-Determination Theory, Subjective Well-Being and Resilience Theory, as well as the concept of social capital and sense of belonging. The analysis of these approaches offers a more comprehensive view of how sport can act not only as a therapeutic tool, but also as a driver of integration, motivation and personal growth in different contexts of vulnerability.

2.3. Transtheoretical Model of Change

Developed by Prochaska and DiClemente, this model proposes five stages of change: precontemplation, contemplation, preparation, action and maintenance. Sport facilitates this transition by providing positive reinforcement, observable feedback and a sense of progress. In Spanish studies, the incorporation of structured physical activity into treatment phases has significantly improved therapeutic adherence (Reche García, 2019).

2.4. Self-Determination Theory

According to Deci and Ryan (1985), psychological well-being depends on three basic needs: autonomy, competence, and relatedness. Sport activates all three simultaneously: it fosters autonomy by allowing decisions about pace and goals; it develops competence by showing measurable progress; and it reinforces relatedness through group work. This motivational balance prevents relapse and strengthens commitment to recovery.

2.5. Theory of Subjective Well-being and Resilience

Subjective well-being is associated with regular moderate physical activity, which increases positive emotions and reduces anxiety and depression (Diener, 2000). In addition, sport promotes resilience, understood as the ability to adapt to adversity and transform it into personal growth (López-Torrecillas and Rueda, 2016).

2.6. Social capital and sense of belonging

Team sports generate social capital by fostering bonds of trust, solidarity and cooperation (Asensio-Hernández and Martín, 2022). In the context of addiction, these community networks are essential for maintaining abstinence and providing an alternative supportive environment to the circle of consumption.

Neurobiological and psychological foundations of sport as a shield against addiction:

Physical exercise plays a fundamental role in regulating the neurobiological systems involved in addiction, acting on the dopaminergic, serotonergic and endorphin systems, which are responsible for modulating neurotransmitters related to pleasure, motivation and emotional well-being (Angelucci et al., 2019). Regular physical activity induces a controlled release of dopamine and serotonin, which helps to restore the neurochemical balance altered by chronic substance use. This neuroregulatory effect is especially relevant in the early stages of recovery, when the brain's reward system is impaired and motivation for activities unrelated to substance use is low.

Physical exercise also causes a significant increase in brain-derived neurotrophic factor (BDNF), a protein essential for neuroplasticity and neuronal survival. The increase in BDNF promotes neuron regeneration and cognitive adaptation, thus compensating for cortical and subcortical damage caused by prolonged drug abuse (Wang et al., 2021). Improved neuroplasticity

translates into a greater ability to develop new coping strategies, improve memory and decision-making, which are key elements in relapse prevention.

From a psychological perspective, sports practice strengthens self-control and self-efficacy, concepts developed by Bandura (1997) that are essential in the recovery process. Setting and achieving progressive goals during physical activity reinforces the perception of competence and reduces the feeling of helplessness that often accompanies people in situations of dependency. This positive reinforcement boosts intrinsic motivation and facilitates the transition to healthier lifestyles.

Sport also acts as a functional alternative to substance use in emotional regulation. By offering a natural outlet for channelling negative emotions such as anxiety, anger or frustration, physical activity is established as a therapeutic resource for stress management and the prevention of episodes of compulsive use. Evidence suggests that regular sports practice improves frustration tolerance and promotes the development of adaptive coping skills, thereby reducing vulnerability to risky situations.

Another important neurobiological effect is exercise's ability to restore circadian rhythms disrupted by addiction. Physical activity helps normalise sleep-wake cycles, improves sleep quality and reduces fatigue, which has a positive impact on neuroendocrine balance and overall mood. These physiological changes not only alleviate withdrawal symptoms but also strengthen the biological systems that underpin long-term psychological stability and resilience.

It is important to note that the integration of sport into addiction treatment programmes promotes therapeutic adherence and reduces impulsivity, which are critical aspects of maintaining abstinence and achieving sustained recovery. The combination of neurobiological and psychological benefits makes sport a multifaceted shield against addiction, facilitating both brain repair and the reconstruction of subjective and social well-being.

Sport and competition have proven to be effective tools for drug prevention and rehabilitation, not only because they represent an opportunity for social interaction and fun, not only because they relieve loneliness and boredom, not only because they contribute to the development of children's energies and their control, but above all because they activate a formidable process of growth and maturation of the personality and behaviour of adolescents and young people.

By increasing the individual's sense of responsibility, especially in team sports, and by developing the ability to participate constructively in social and group activities, sport is undoubtedly one of the most effective strategies for the prevention and rehabilitation of pathological substance addiction.

Sport teaches young people to postpone immediate pleasure and the immediate satisfaction of their own needs and/or desires, thus helping them to internalise the awareness that they can better control their impulsiveness. Sport helps to channel aggression, more specifically violent and sadistic impulses, teaching them to manage and control physical and bodily contact with others. Researchers around the world agree that there is nothing more formative, during the developmental years, than playing sport and participating in competitions, especially team competitions.



2.7. Psychosocial dimension of sport

From a socio-psychological perspective, sport provides structure, belonging and purpose, which are essential aspects of social reintegration and recovery for people affected by addiction. Sports programmes in Spanish therapeutic communities, such as those developed by Proyecto Hombre (2021), have shown that group activities promote not only cooperation, empathy and non-violent conflict resolution, but also the development of communication skills, emotional management and the establishment of rules for coexistence. By participating in team sports, individuals learn to respect rules, accept group decisions and negotiate differences, which strengthens the social fabric and facilitates adaptation to community environments.

Sport also acts as a transformative agent of personal identity. It allows individuals to reconstruct an identity detached from the label of "addict", replacing it with a narrative of effort, overcoming adversity and discipline (Lox et al., 2019). This process of personal re-signification is fundamental to regaining self-esteem and a sense of self-efficacy. Through sporting progression, participants experience tangible achievements, which boosts their confidence and motivates them to maintain healthy lifestyles. The perception of competence and group recognition help to reduce stigmatisation and promote deeper social integration.

In the group setting, sports create positive spaces for interaction, where reciprocity and mutual support act as social reinforcements. These spaces allow for the construction of support networks that transcend the sporting arena, facilitating the exchange of experiences and companionship in moments of vulnerability. The symbolic reconstruction of the social self, through recognition and validation by the group, is essential to prevent relapses and consolidate the recovery process. In addition, sport facilitates the management of frustration and tolerance of defeat, promoting adaptive coping strategies that are transferable to other areas of daily life.

On the other hand, sport plays a particularly important role in the community integration of people with intellectual disabilities (ID) and refugees. For people with ID, adapted physical activity promotes the development of motor skills, communication and emotional self-regulation, as well as facilitating the acquisition of healthy routines and participation in social life. Sports programmes geared towards functional diversity incorporate inclusive methodologies, promoting autonomy and a sense of belonging.

For refugees, sport provides a gateway to experiences of belonging and social validation, enabling them to overcome language and cultural barriers. Participation in sports activities creates a safe and welcoming environment that fosters integration, solidarity and respect for diversity. Documented benefits include reduced anxiety levels, improved emotional well-being and an expanded social support network, all of which are key factors in facilitating adaptation and establishing ties in the host community.

In short, participating in sports brings multiple benefits for people with intellectual disabilities and refugees, promoting inclusion, physical and psychological well-being, and strengthening social capital.

2.8. Good practices and levels of care

2.8.1. Primary care

In primary care, sports are promoted as a fundamental strategy for both the prevention of addictive disorders and the promotion of general health. According to the PAPPS 2022 programme, great importance is attached to the "prescription of physical exercise" by healthcare professionals, who recommend adapted physical activity as part of the comprehensive treatment of patients (García et al., 2022). A practical example of this intervention is the recommendation to walk briskly for at least 30 minutes a day, five days a week, adapting the intensity to the patient's physical condition. For older people, group joint mobility exercises in health centres or public parks may be suggested.

Interventions must be individualised and adapted to the patient's cultural and functional context to ensure their effectiveness. For example, in people with intellectual disabilities, the use of clear visual messages, repetition of routines and the active involvement of family members or carers are essential to improve adherence to the programme. A common example would be to organise family physical activity sessions at weekends, such as ball games or psychomotor circuits, in collaboration with municipal centres and sports associations. Likewise, the support of sports instructors specialised in functional diversity facilitates continuity of practice and ensures integration into accessible community activities.

2.8.2. Secondary care

At the secondary level, aimed at moderate to severe clinical cases, sport is used as a complementary therapy alongside pharmacological and psychological interventions. Scientific evidence indicates that group physical activities, such as therapeutic yoga workshops, adapted swimming or supervised group walks, help to reduce impulsivity, stabilise mood and strengthen commitment to treatment (Ramírez et al., 2020). For example, mental health centres often organise weekly yoga classes where participants work on breathing and relaxation, which helps them manage stress and anxiety.

The most effective activities in this context are usually those that offer structure and allow for the setting of achievable goals. For example, a group of patients may participate in a monthly walking challenge, recording their progress with pedometers and celebrating their achievements together. Continuous feedback, such as the awarding of certificates or verbal recognition by professionals, increases motivation and reinforces perseverance. In addition, regular group exercise promotes social interaction and reduces isolation, which is essential for psychological recovery (Farde et al., 2018).

2.8.3. Tertiary care

In therapeutic communities and residential centres, sport plays a structuring role in the daily lives of users. It provides a daily routine, reduces the occurrence of interpersonal conflicts and strengthens coexistence among residents. For example, the organisation of internal football leagues, basketball tournaments or morning gym sessions are common practices that foster collaboration and a sense of belonging to the group.

In people with intellectual disabilities or dual pathologies, physical activity acts as a central rehabilitative axis. A specific example is adapted dance workshops, where participants work on



coordination, body expression and social interaction in a safe and positive environment. These activities must be evaluated periodically by the therapeutic team to adjust the intensity, duration and objectives to individual needs. The literature suggests that programmes combining physical exercise with psychosocial interventions, such as group psychological support, achieve retention rates up to 40% higher than conventional programmes, demonstrating their effectiveness in rehabilitation and social reintegration (Farde et al., 2018).

2.9. Sport and dual pathology

2.9.1. Substance addiction

The World Health Organisation (WHO) defines comorbidity or dual diagnosis as the coexistence, in the same individual, of a disorder due to the use of psychoactive substances and another psychiatric disorder. In general, the relationship between the symptoms associated with a person's psychiatric disorder and those related to a pathological addiction can take various forms. On the one hand, addiction can appear because of a psychiatric problem (usually substance use can represent a form of self-medication or self-therapy): the individual tries to treat their mental disorder themselves, and subsequently, substance use ends up predominating.

Patients with dual diagnosis are those who, in addition to pathological addiction, have concomitant psychiatric disorders, such as bipolar disorder, schizophrenia, major depression, obsessive-compulsive disorder, or personality disorders. Comorbidity between substance abuse and personality disorders is associated with a more severe clinical profile, a worse prognosis, and poorer therapeutic outcomes for both disorders (Kokkevi, Facy, 1993).

The mental disorders most frequently comorbid with pathological addictions are mood disorders, especially in subjects with bipolar disorder, and anxiety disorders.

2.9.2. Non-substance addictions

In recent decades, the concept of addiction has undergone a notable expansion, extending beyond classic substance addictions—such as drugs and alcohol—to include a range of behaviours that may exhibit similar characteristics of compulsivity and loss of control. These behavioural addictions, or 'non-substance addictions', include activities such as pathological gambling, addiction to the internet and social media, compulsive shopping, sex addiction and excessive use of video games, among others.

Addictions refer to a general condition in which psychological dependence drives the search for the addictive object, without which existence loses meaning. In the specific case of behavioural addictions, these are a series of dysfunctional behaviours in which the object of addiction is not a substance, but a specific behaviour. They are characterised by repetitive behaviours that the subject has difficulty controlling, despite the negative consequences. Like substance addictions, they involve compulsive pursuit of the behaviour, tolerance, the need to increase the intensity or frequency to achieve the same effect, high expenditure of resources (in terms of time, energy and money) and psychological withdrawal symptoms when the behaviour is interrupted.

In addition, behavioural addictions often cause significant deterioration in interpersonal relationships, work performance, and physical and mental health.



This phenomenon has attracted the attention of the international scientific community, highlighting the need to deepen our understanding of the underlying mechanisms, the consequences for mental and physical health, and effective therapeutic strategies. Classic treatments, combined with innovative interventions such as transcranial magnetic stimulation, complement each other to achieve better clinical results.

2.9.3. Benefits of sport in the recovery from dual pathology

Benefit	With substance use	Without substance use
<i>Mental health</i>	Reduces anxiety, craving and depression	Decreases compulsivity and improves mood
<i>Neurobiological</i>	Balances dopamine and endorphins	Enhances executive control and concentration
<i>Stress relief</i>	Healthy coping mechanism	Reduces emotional dysregulation
<i>Social skills</i>	Promotes teamwork, routine, and bonding	Encourages healthy face-to-face interactions
<i>Prevention of relapse</i>	Replaces substance reinforcement with natural rewards	Reduces risk time and relapse
<i>Self-efficacy</i>	Increases confidence and discipline	Reinforces motivation and progress

2.9.4. Practical applications

The practical applications of sport in the rehabilitation of addictions and dual pathology require rigorous planning, appropriate selection of activities, and continuous h y adaptation to the physical, psychological, and social needs of each person. The main pillars for the implementation of effective sports programmes are described in detail below:

Types of exercise and their therapeutic usefulness

a) Aerobic exercise (running, swimming, cycling, brisk walking)

Promotes the regulation of the dopaminergic and serotonergic systems, reducing cravings and anxiety.

It improves cardiorespiratory capacity and sleep quality, which are altered during withdrawal.

Can be implemented progressively, individually, and easily monitored.

Recommended activities: 20–40 minute sessions, 3–5 times per week, with a gradual increase in intensity.

b) Team sports (football, basketball, volleyball)

These generate social capital, a sense of belonging and community integration.

They are especially useful in rebuilding identity: from the role of "patient" to the role of "teammate".

They enable work on norms, self-control, conflict management, acceptance of rules, and resilience in the face of defeat.

Recommended in intermediate or advanced stages of treatment, when there is greater clinical stability.

c) Mind-body practices (yoga, tai chi, Pilates, guided breathing)



They reduce physiological arousal, anxiety, and emotional dysregulation.
Useful in anxiety disorders, trauma, stabilised psychosis, or high impulsivity.
They promote body awareness, self-control, and self-efficacy.
Weekly 30–60-minute sessions led by professionals trained in trauma-informed care.

d) Strength training

Improves self-esteem through measurable progress.
Beneficial for neuroplasticity and mood stability.
Suitable for people with low tolerance for intense aerobic activities.
Can be performed with elastic bands, body weight, or supervised light weights.

Contexts of application

Residential rehabilitation centres
Integration of sport into the daily routine (morning exercises, internal leagues, tournaments).
Supervised activities that act as a positive structure and prevent conflicts.
Ideal for working on coexistence, frustration tolerance, and healthy habits.
Outpatient services
Sessions scheduled 1–3 times per week, adapted to availability and functional level.
Homework assignments (e.g., walking 30 minutes/day) combined with individual challenges (use of a pedometer).
Suitable for the initial and maintenance phases of treatment.
Post-discharge follow-up programmes
Community sports activities as a protective factor against relapse.
Referral to inclusive sports clubs, municipal associations, or peer-led groups.
Maintains prosocial ties and healthy routines after clinical discharge.

Necessary adaptations

Clinical adaptations (mental health, trauma, intellectual disability):
Short, predictable sessions; clear, repetitive instructions.
Support from professionals trained in functional diversity or trauma.
Reduction of stimuli in people with psychosis or sensory hyperreactivity.
Highly structured routines for people with intellectual disabilities or low motivation.
Adaptations for physical conditions:
Prior medical assessment and regular monitoring.
Avoid overexertion or sudden increases in intensity.
Monitor for signs of fatigue, dizziness, mood swings or dysregulation.

Engagement and adherence tools

Peer-led groups: former patients or veteran users who act as models of recovery.
Community sports clubs: access to normalised spaces, reduction of stigma and social participation.
Gamification: step challenges, progress tracking, badges, diplomas, visible markers.
Digital monitoring: WhatsApp groups or other apps for communication, reminders, and reinforcement.

Special considerations depending on diagnosis

Psychosis: avoid intense competitive dynamics; calm, predictable and supervised activities.



History of trauma: non-hierarchical environments; avoid non-consensual physical contact and spaces with excessive noise.

Behavioural addictions: prioritise face-to-face and group activities that regulate screen use.

Low motivation/apathy: playful activities with low barriers to entry, positively reinforced.

Programmatic integration

Inclusion of sport in therapeutic plans, clinical meetings and individualised objectives.

Coordination between psychiatrists, psychologists, nurses, occupational therapists, and trainers.

Periodic review of progress: attendance, mood, symptoms, functionality, and quality of life.

Therapeutic synergy

Sport should always be considered an integral part of treatment, rather than an isolated intervention:

Psychological therapies: CBT, trauma intervention, motivational interviewing.

Pharmacotherapy: mood stabilisation and symptom reduction.

Psychosocial interventions: skills groups, community support, group psychotherapy.

2.10. Sport and intellectual disability

Sport for people with intellectual disabilities requires an adaptive approach that prioritises understanding, safety and motivation. The most effective programmes integrate physical activity into a comprehensive development strategy that encompasses health, autonomy and social participation (GIESAD, 2018).

A growing challenge in this group is premature ageing, as people with intellectual disabilities (ID) tend to experience earlier functional and cognitive decline than the general population. This phenomenon translates into a higher prevalence of motor problems, such as loss of strength, coordination and balance, as well as cognitive difficulties, such as impaired memory, attention and processing speed.

Regular physical activity is essential to counteract these effects. At the motor level, exercise helps maintain joint mobility, coordination and muscle strength, which are key aspects for preserving autonomy in activities of daily living. It also reduces the risk of falls and improves postural control. Cognitively, various studies have shown that sport stimulates brain plasticity, promotes concentration, memory and planning skills, and slows down age-related decline.

Documented benefits include improvements in motor coordination, postural control, communication and concentration (Barrantes-Brais et al., 2021). In addition, regular exercise reduces levels of anxiety and aggression, facilitating emotional self-regulation.

The most suitable activities are those with a repetitive and predictable structure, such as swimming, cycling, walking or adapted yoga, always guided by professionals trained in functional diversity (Fundación A LA PAR, 2021). In the psychosocial sphere, sport acts as a laboratory for adaptive skills: cooperation, respect for rules and the management of success or frustration.

These skills are then transferred to everyday life, promoting integration into work or community settings. Participation in inclusive sports leagues, such as those promoted by the Spanish Federation of Sports for People with Intellectual Disabilities, or in initiatives such as the Genuine League, reinforces the sense of belonging and self-esteem of people with ID.

In contexts of addiction, sport acts as a substitute for the stimulation provided by the substance, providing pleasure, social recognition and emotional regulation.

Finally, inclusive sporting environments are spaces for destigmatisation, where abilities prevail over limitations. This symbolic change contributes directly to psychological recovery and personal empowerment.

2.11. Sport and refugees

Refugees experience a double process of vulnerability: the trauma of displacement and adaptation to a new environment. Sport is a powerful tool for restoring mental health, rebuilding identity and generating social integration (Bauman et al., 2021; Krysinska et al., 2022).

From a therapeutic perspective, sport facilitates non-verbal emotional expression and channels post-traumatic anxiety. Activities such as football, volleyball or group walks foster social cohesion and promote a sense of control over one's own body, which is often lost after experiences of violence or displacement (UNHCR, 2023).

At the psychosocial level, participation in sport helps to rebuild trust in others and in institutions. European projects such as Sport for Inclusion Refugees have shown significant reductions in symptoms of depression and isolation after six months of intervention.

Sport also promotes the creation of intercultural communities where coexistence is normalised and prejudices are deactivated.

In terms of prevention, exercise acts as a barrier to substance use resulting from trauma. By offering natural pleasure and structure, it replaces avoidance or self-medication behaviours.

Team sports also have a symbolic component: they restore a sense of belonging and contribute to the dignity of the individual as an active and valuable person.

In Spain, initiatives by the Red Cross and CEAR have implemented community sports programmes that combine physical exercise with psychosocial support, achieving a positive impact on both the refugee population and the host community.

Sport thus offers a space for collective healing: where words are insufficient, movement becomes a means of communication, expression and hope. Integrating physical activity into intervention programmes for refugees is not only a matter of well-being, but also of human rights.

2.12. Sports programmes considering specific gender needs

Scientific research has shown that men and women experience addiction differently: from the type of substance used and the reasons for use to the triggers for relapse and response to treatment. As a result, their needs during the recovery process differ significantly:

- Women often face higher levels of stigma, have a more frequent history of trauma (especially gender-based violence) and may have responsibilities related to caring for children or other dependents.
- Men may experience difficulties expressing emotions, social pressure to appear 'strong', and under-detection of co-occurring mental health disorders.



These differences are also reflected in sports preferences, comfort levels, and barriers to access to physical activity. Therefore, integrating a gender-sensitive perspective into sports programmes is not a luxury, but a necessity.

Initial findings indicate that:

- Few programmes are explicitly designed with a gender perspective in mind.
- Women tend to prefer holistic, non-competitive activities such as yoga, dance, or group walks, especially in trauma-informed contexts.
- Men tend to participate more in competitive sports, although they can benefit significantly from programmes that incorporate emotional skills development.
- LGBTQ+ individuals often report feeling excluded or unsafe in traditional sports environments.

3. Sports projects for care services dedicated to the treatment of addiction and dual pathology

The criteria for access to sports, especially in contexts that include addiction prevention and treatment interventions, aim to ensure the inclusion and safety of all individuals, as well as to recognise possible specific needs related to certain pathologies.

In the healthcare field, attention to the quality of services provided is relatively recent. Quality must be guaranteed by the organisation within which the professional operates. Therefore, the project dedicated to sport must clearly and unambiguously define the instruments that will be used to guarantee this quality.

The humanisation of interventions, empathy and respect for the patient are aspects that form part of quality, but which transcend it, and should be an intrinsic practice of all healthcare professionals.

The phases of the quality cycle that defines the content of each healthcare intervention follow the Deming cycle:

- Analysis of factors: preparatory phase of planning. For example, it is necessary to understand the target population with its clinical and/or social characteristics and the health needs it expresses.
- Competencies: the available human resources must be considered from both a qualitative and quantitative point of view. Volunteers must also be taken into account.
- Other resources: it is essential to record the financial resources, goods or services available in order to understand what is possible and what is not, and to be able to draw up a realistic plan of the expected costs.
- Planning 1: definition of the objectives to be achieved. These can be spread out over time, but they must always have a time frame and be expressed in measurable terms so that their achievement can be assessed as objectively as possible.
- Planning 2: definition of the actions and interventions to be implemented. In this phase, the activities, timelines, methods of implementation, etc. are established. The planning should include the educational or therapeutic strategy to be followed and how the environment will be used for this purpose.

Evaluation is an essential part of any project. Each project must include a set of indicators that allow for assessing whether the pre-established objectives are being achieved and analysing relevant aspects such as patient satisfaction, resource consumption, and the quality of activities. Evaluation also serves to readjust the project.

Programming and evaluation should be shared. The final evaluation should be documented in writing and include the data on which it is based.

It is essential to draw up the individual patient's project in advance, whether it is therapeutic, rehabilitative or educational.

It is important to prevent one pathological addiction from promoting the development of another. Hausenblas and Downs (2002) identified the criteria for addiction to physical exercise. Addiction to sport is a behaviour in which the person develops an excessive dependence on physical activity, to the point of negatively affecting their daily, social or working life. Those who suffer from it tend to ignore fatigue or the risk of injury in order to continue practising physical activity compulsively. This type of intensive training can lead to overexertion with harmful physical and psychological consequences.

3.1. Protocol on access criteria:

Participation in a rehabilitative sports programme requires a rigorous prior assessment to ensure safety, clinical suitability and the appropriateness of the user's profile for the proposed activities. This access protocol serves a dual purpose: on the one hand, to identify risk factors that could interfere with sports practice; and on the other, to establish the basis for a personalised intervention, tailored to the physical, psychological and social needs of each individual. To this end, clinical interviews, standardised tests and administrative requirements are combined to ensure a safe, ethical and coordinated framework for participation.

- Initial interview and administration of an anamnestic questionnaire.
- Assessment of the presence of impulse control disorders.
- Assessment of anxiety symptoms.
- Assessment of withdrawal symptoms and cravings related to substance use or behavioural addictions.

There are some tests that can facilitate the collection of information when the person is not known directly:

- Test for the assessment of anxiety symptoms: STAI Y1/Y2.
- Test for assessing depressive state: BDI-II.
- Assessment of different addictions: ABQ – Addictive Behaviour Questionnaire.
- Assessment of self-harming behaviours, hyperactive or aggressive behaviours, problems related to hallucinations and delusions, alcohol or drug use, and depressed mood: HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales.

The following is also required:

- Collection of personal data (tax code, health card).
- Certificate of medical fitness from the primary care physician, renewed annually.
- Registration and written authorisation to participate from the Support Administrator/Legal Guardian/Family Member/Patient, renewed annually.



- Authorisation from the referring psychiatrist or Health Directorate for participation in internal or external sports projects aimed at stabilising the clinical condition, with annual renewal.
- Appropriate therapeutic alliance.
- Adequate compliance with social norms.
- Appropriate clothing for the season.
- Signing of privacy consent for the use and dissemination of clinical data and promotional material.
- Prevention of the development of an addiction to sport.

It is necessary to assess the access of volunteers or technicians, who may not be aware of how a word, an attitude or even silence can cause discomfort or problems. Even encouragement and reinforcement must be expressed appropriately. Therefore, specific training of volunteers by the professional team is essential as one of the preparatory phases of the project.

Other organisational measures include:

- Creation of communication groups (email, WhatsApp or others) for registrations, confirmations or cancellations.
- Allowing patients to leave the project if they wish.
- Provision of sports equipment for hire or purchase.
- Administration of the SF-36 quality of life questionnaire for clinical efficacy research purposes.
- Organisation of transport and appointment of transport managers.
- Creation of a field healthcare team composed of mental health professionals: psychiatric rehabilitation technicians, educators, psychologists, doctors, and nurses.
- Compliance with the specific rules of each sport.
- Guarantee of the principles of equity and inclusion.
- Definition of the frequency of outings (monthly, fortnightly or weekly) and possible overnight stays away from home.
- Administration of a satisfaction questionnaire.

3.2. Evaluation of exercise programmes

Once the sports programme has been implemented, it is essential to have an evaluation system in place to assess its real impact, identify areas for improvement and adjust interventions to the progress of each participant. The evaluation not only allows clinical and functional results to be measured, but also guarantees the quality of the project, justifies its continuity and strengthens evidence-based decision-making. To this end, objective indicators and validated tools are used that reflect both participation and changes in physical health, psychological well-being and quality of life.

Indicators of success:

- Attendance: record of participation in sessions.
- Physical condition: assessment using validated tests.
- Quality of life: questionnaires such as the WHOQOL-BREF.
- Weekly level of physical activity: questionnaires such as the IPAQ.

3.3. Integration of social and healthcare teams

The effectiveness of a sports rehabilitation programme depends largely on interdisciplinary coordination between the different professionals involved. Collaboration between coaches, therapists, educators, healthcare personnel and other agents facilitates a comprehensive approach that addresses the physical, psychological and social aspects of the recovery process. This integration ensures therapeutic consistency, continuity of care and support tailored to the needs of each participant.

Communication strategies:

- Monthly follow-up meetings.
- Reports on participants' progress.
- Referral to community integration resources according to specific needs.
- Application of life skills through sport (Sport Skills – Life Skills).

4. Sports protocol activity sheets:

4.1. Fitness activity

Department responsible for the activity: Occupational Therapy.

Professionals responsible for the activity: Activity leaders/facilitators.

Schedule: Fridays, from 10:15 a.m. to 1:00 p.m.

Description of the activity:

The Fitness activity is a community-based, cross-disciplinary sports programme designed to help users maintain and reinforce the routines they have acquired during their hospital stay.

Individualised support is offered, allowing participants to apply the exercises they have learned and work with different materials and equipment, such as weight machines, elastic bands and bodyweight exercises, promoting the continuity of healthy habits and autonomy.

Activity objectives:

General objectives:

- To ensure the generalisation of healthy habits and the promotion of an active lifestyle.
- To encourage the internalisation of appropriate routines focused on physical activity, combining cardiovascular work, strengthening exercises and stretching.
- To offer strategies for stress reduction, emotional regulation support and self-esteem reinforcement.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Users belonging to the Recovery Area.
- Demonstrate motivation and ability to participate safely in physical fitness activities.

Exclusion criteria:

- Severe physical limitation or medical condition that prevents safe participation.
- Behavioural disorders that interfere with safety or group functioning.

Methodology:

Sessions are held weekly at the Baldiri Aleu community gym.

Activities include cardiovascular training, machine exercises, stretching, and functional strengthening.

Sessions are tailored to the physical and emotional needs of each participant, ensuring safety, promoting autonomy, and encouraging adherence to physical activity routines.

Activity evaluation:

Continuous observational assessment is carried out throughout the programme, focusing on participation, progress, physical tolerance, emotional regulation, and maintenance of routines.

Documentation:

- Attendance record.
- Individual occupational functioning reports.

Activity characteristics:

Duration	165 minutes
Number of sessions	1 session per week
Schedule	Fridays, from 10:15 a.m. to 1:00 p.m.
Location	Community gym/sports centre " _____ "
Required equipment	Sports equipment, weight machines, elastic bands, and individualised training equipment
Activity assessment	Continuous observational assessment based on participation, physical progress, emotional regulation and adherence to routines
Cost of the activity	Use of facilities and sports equipment

4.2. Bodyweight Exercise Activity

Type of activity: Indoor/outdoor. Group activity

Department responsible for the activity: Inpatients undergoing treatment for pathological addictions

Professionals responsible for the activity: Physical educator / Psychiatric rehabilitation technicians

Description of the activity:

The bodyweight exercise project arose in response to the need to integrate physical activity into the rehabilitation programme for people hospitalised for pathological addictions.

Clinical experience and scientific literature show that movement, especially when performed in natural, non-competitive environments, is an effective therapeutic tool that complements traditional psychological and medical interventions.

Objectives of the activity:

General objectives:

Physical activity, especially outdoors, provides fundamental support to addiction rehabilitation programmes thanks to:

- Reducing anxiety and improving emotional regulation.
- Increased self-esteem and body awareness.
- Strengthening motivation for change.
- Promoting healthy lifestyles.
- Increased stress tolerance.
- Encouraging socialisation and cooperation among participants.
- Promotion of psychophysical well-being through regular physical activity.

Specific objectives:



- Improving mental and physical wellbeing through bodyweight exercises.
- Reduction of *craving* symptoms through regular physical activity.
- Increasing the ability to function within a group and respect shared rules.
- Reduction of emotional states of tension, anxiety and irritability related to the withdrawal process.
- Support for psycho-emotional stabilisation during withdrawal.
- Strengthening of self-esteem, personal motivation for change and perception of self-efficacy.
- Consolidation of healthy habits and alternative activities to addiction.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Patients with preserved psychomotor skills.
- Motivation and willingness to participate and comply with established rules.
- Basic motor skills that allow for safe movement.
- Absence of active intoxication or alterations related to recent consumption of alcohol or other substances.

Exclusion criteria:

- Physical condition incompatible with the safety of motor activity.
- Severe psychological or behavioural disturbances (agitation, aggression, emotional crises).
- Low motivation or lack of cooperation, including difficulty following rules or active conflicts with other patients.

Methodology:

The activity is based on bodyweight exercises, characterised by simple, easily adaptable movements free of competitive elements, encouraging calm and safe participation by all users. The programme follows a principle of gradual progression, with a progressive increase in the intensity and complexity of the exercises, respecting individual pace and encouraging continuous improvement.

The sessions vary in length, generally lasting between 45 and 60 minutes, with a frequency of two sessions per week.

In favourable weather conditions, the activity takes place outdoors in the centre's green area.

The groups are led by a qualified professional, with individualised adaptations according to the clinical and physical situation of each participant.

Each session ends with a space for reflection and sharing, aimed at integrating the experience and recognising emerging physical and emotional sensations.

Activity characteristics:

Duration	30–45 minutes
Number of sessions	2 sessions per week
Location	Indoor or outdoor spaces in the centre's green area
Required equipment	Mats (if doing floor exercises)
Activity evaluation	Final space for reflection and sharing to evaluate the experience, physical and emotional sensations, and perceived psychophysical well-being.
Cost of the activity	Mats



4.3 Ping Pong Activity

Type of activity: Indoor/outdoor. Group activity

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit

Professionals responsible for the activity: Physical educator / Psychiatric rehabilitation technicians

Description of the activity:

Ping pong is a low-impact, accessible and highly motivating sporting activity that promotes physical and mental well-being. In rehabilitation programmes for alcoholism and other addictions, it contributes to the improvement of motor skills, socialisation, stress management and the development of healthy alternatives to addictive behaviours.

Activity objectives

General objectives:

To promote the patient's physical and psychological recovery and overall wellbeing through regular table tennis practice, supporting the adoption of healthy lifestyles and the development of positive relational dynamics.

- Encourage physical activity.
- Educate on healthy lifestyle habits.
- Promote social interaction among participants.

Specific objectives:

- Improve mental and physical wellbeing through physical activity.
- Reduction of emotional states of tension, anxiety and irritability linked to the withdrawal process.
- Support for psycho-emotional stabilisation during withdrawal.
- Reinforcement of self-esteem, personal motivation for change, and perception of self-efficacy.
- Offering a functional alternative for managing negative emotional states and *cravings*.
- Encouraging socialisation among peers.
- Promoting cooperation and respect for rules.
- Improve communication skills and assertiveness.
- Consolidation of healthy habits and alternative activities to addiction.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Patients with preserved psychomotor skills.
- Motivation and willingness to participate and comply with established rules.
- Basic motor skills that allow for safe movement and use of the racket.
- Absence of active intoxication or alterations resulting from recent consumption of alcohol or other substances.

Exclusion criteria:

- Physical condition incompatible with the safety of the activity.
- Serious psychological or behavioural disturbances (agitation, aggressiveness, emotional crises).
- Low motivation or lack of cooperation, including difficulty following rules or active conflicts with other patients.

Methodology:

The methodology is based on a progressive and adaptable approach, adjusting the difficulty and intensity of the game to the physical and psychological abilities of each participant.

Sessions take place in a safe and controlled environment, with regulation tables and appropriate equipment. The activity is organised in pairs or small groups to encourage social interaction, cooperation and positive competition.

The duration of the sessions varies, generally between 45 and 60 minutes, with a frequency of two sessions per week.

In favourable weather conditions, the activity can be carried out outdoors in the clinic's green area.

The groups are led by a qualified educator, with individualised adaptations depending on the clinical and physical condition of the patients.

At the beginning and end of each session, there is a brief period for dialogue and sharing thoughts on perceived well-being, with the aim of promoting emotional awareness and monitoring the mood of the participants.

Activity characteristics:

Duration	30/45 minutes
Number of sessions	2 per week
Location	Indoors or outdoors
Equipment required	Ping pong table, paddles, balls
Activity evaluation	At the beginning and end of each session, a brief period of dialogue and discussion is set aside to talk about perceived well-being, with the aim of promoting emotional awareness and monitoring the emotional state of the participants.
Cost of the activity	Cost of equipment for the game

4.4. Running activity

Type of activity: Outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Physical educator / Psychiatric rehabilitation technicians.

Description of the activity:

The running activity is part of the therapeutic leisure programme and offers a group training space aimed at progressive preparation for a 5 km or 10 km race.

The methodology is progressive and requires an adequate level of effort and motivation. The activity is complemented by group cohesion dynamics and participation in community activities, promoting the acquisition of healthy habits and the physical and psychosocial strengthening of participants.

Activity objectives:

General objectives:

- To encourage and promote regular physical exercise.
- To educate participants in healthy lifestyle habits.

- Encourage socialisation among participants.

Specific objectives:

- To promote the integration of healthy routines into daily life.
- Improve psychomotor skills, promoting greater physical autonomy.
- Offer structured alternatives for healthy physical activity.
- Prevent cardiovascular disease.
- Strengthen musculoskeletal structures.
- Improve cardiovascular endurance and stamina.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Patients with preserved psychomotor abilities.
- Show interest or sufficient motivation to perform the activity.

Exclusion criteria:

- Presence of disruptive behaviour.
- Delusional speech that hinders proper monitoring of the activity.
- Signs of psychopathological decompensation that may increase risk factors, both for the patient themselves and for the group.

Methodology:

This is a moderate-to-high intensity community activity. The professional in charge designs and directs the training based on the characteristics of the group, taking into account the level of difficulty, the distance to be covered, the running pace and the weather conditions.

The training is progressive, with the ultimate goal of completing a 5 km or 10 km race.

Smoking is prohibited during the activity. Participants must wear appropriate clothing (comfortable clothes and footwear); they may also bring a cap and water if they wish.

There are two weekly sessions in the morning. Groups may vary in composition depending on availability and the progress of participants.

The focus of the running activity evolves progressively, aiming not only to improve overall health, but also to strengthen the musculoskeletal system and work specifically on cardiovascular endurance.

Activity characteristics

Duration	60–90 minutes
Number of sessions	2 sessions per week
Location	Outdoor spaces and community routes
Required equipment	Appropriate sports clothing and footwear. Water and cap (optional).
Activity assessment	Continuous assessment through observation of participation, physical progress and ability to adapt to training. Group discussion spaces to gather feedback on perceived well-being.
Cost of the activity	—

4.5 Nordic Walking activity

Type of activity: Outdoor/indoor. Group/individual activity.

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Physical educator / Social educator / Nursing assistant.

Description of the activity:

As part of the therapeutic leisure programme, physical activity is offered in the form of community walks that require moderate physical effort. The activity is complemented by a break for a light breakfast, promoting social participation and group cohesion.

Activity objectives:

General objectives:

- To encourage and promote physical exercise.
- Educate on healthy lifestyle habits.
- Encourage and promote social interaction among participants.

Specific objectives:

- Promote the integration of healthy routines into daily life.
- Improve psychomotor skills, promoting greater physical autonomy.
- Offer routines that help break the smoking habit.
- Prevent cardiovascular disease.
- Prevent overweight.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Patients with preserved psychomotor skills.
- Show interest or sufficient motivation to participate in the activity.

Exclusion criteria:

- Presence of disruptive behaviour.
- Delusional speech that hinders participation in the activity.
- Signs of psychopathological decompensation that may increase risk factors during the activity, both for the patient themselves and for the rest of the group.

Methodology:

This is a moderate-to-high intensity community activity. The professional in charge proposes different routes for each session based on the characteristics of the group, taking into account the level of difficulty, the distance to be covered, the walking pace and the weather conditions. The usual distances range from 3 to 6 km.

Smoking is not permitted during the activity. Participants must wear appropriate clothing (comfortable clothes and footwear); they may also bring a hat and water if they wish.

There is one session per week in the morning, and the composition of the groups may vary.

The name "Nordic Walking" reflects the aim of progressively developing the methodology, incorporating the use of specific poles to work on musculoskeletal strength and balance.

Activity characteristics

Duration	90 minutes
Number of sessions	1 session per week
Location	Outdoor community tours and accessible spaces



Required equipment	Nordic walking poles
Activity assessment	Evaluation before and after each session. Both users and professionals evaluate the activity from a subjective point of view, taking into account perceived well-being and the progress of the session.
Cost of the activity	—

4.6. Aqua gym activity

Department responsible for the activity: Occupational Therapy.

Professional responsible for the activity: Occupational Therapist.

Scope of action: Health and Wellbeing.

Description of the activity:

Aqua gym consists of physical exercise sessions in water aimed at promoting physical health and general wellbeing. Through adapted, low-impact exercises, it encourages regular physical activity in a safe, efficient and motivating way, promoting the establishment of long-term healthy habits.

Activity objectives:

General objectives:

- To promote and internalise healthy lifestyle habits through regular physical exercise.
- To teach guidelines for training and maintaining moderate exercise routines.
- Encourage the continued practice of physical activity in an appropriate and effective manner, with the aim of establishing long-term healthy habits.
- Improve overall motor coordination, rhythm and agility.
- Maintain and improve flexibility, endurance and muscle tone.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Show interest and motivation to participate in the activity.
- Users without serious organic pathology or medical contraindications for physical exercise.

Exclusion criteria:

- Severe disability or dysfunction that prevents participation in physical activity.
- Behavioural disorders that interfere with the functioning of the group.

Methodology:

Aqua gym sessions are held weekly at the sports centre's facilities: "_____"

Activities are carried out in small groups and are adapted to the physical and functional condition of each participant. The occupational therapy team identifies the needs, abilities and safety considerations in advance.

The sessions combine aerobic work, stretching, mobility exercises and low impact strengthening, always ensuring individualised adaptation according to the functional level of each user.

Activity evaluation

A very positive group atmosphere is maintained. The activity encourages participation, strengthens social relationships and promotes mutual support among participants. The sessions take place in the centre's sports pool.

Activity characteristics



Duration	45 minutes
Number of sessions	1 session per week
Location	Sports facilities " _____ " · Centre swimming pool
Required equipment	Basic aquatic equipment (pool noodles, kickboards, flotation devices)
Activity assessment	Continuous assessment by the Occupational Therapy team, based on participation, functional progress and the well-being perceived by users.
Cost of the activity	Use of the swimming pool and sports facilities

4.7. Community/In-hospital Football Activity

Department responsible for the activity: Occupational Therapy.

Professional responsible for the activity: Occupational Therapist.

Scope of action: Health and Wellbeing.

Description of the activity:

The football activity is included in the rehabilitation programme of hospital units as one of the standard physical activity modules. It allows participants to be part of a team, enjoy a widely practised sport and work on multiple physical and motor skills that are difficult to address in other contexts.

The group nature of the activity encourages socialisation among participants who share a common interest in football, strengthening interpersonal relationships and the feeling of belonging to the group.

Activity objectives:

General objectives:

- To normalise football as an inclusive sporting activity for users interested in group physical exercise.
- To promote cardiovascular, muscular and respiratory health through regular practice.
- To reinforce the sense of belonging and the perception of being valuable members of a group.
- Encourage group cohesion, avoiding individualism and excessive protagonism, prioritising fair play over competitiveness.
- Learn, practise and internalise the explicit and implicit rules of the game.
- Promote healthy habits before and after physical activity, including hygiene and appropriate clothing.

Objectives of community outings:

- Extend the above objectives to external community settings.
- Promote the proper use of community resources, respecting facilities and sports equipment.
- Facilitate interaction with users from other centres based on a shared interest in sport.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Users motivated to be part of a sports group.
- Users without serious organic pathologies or medical contraindications for physical activity.

Exclusion criteria:

- Severe disability or dysfunction that prevents safe participation in physical activity.
- Disruptive or invasive behaviour that interferes with the functioning of the group.

Methodology

The football activity is structured into two complementary modalities:

In-hospital activity:

Weekly mixed training sessions held on the hospital's indoor football pitch, under the supervision of two clinical support professionals, who observe interaction, teamwork and group dynamics.

Community activity:

Weekly sessions at municipal sports facilities for participants who demonstrate commitment and good adaptation in the in-hospital activity.

Community matches with other centres follow the same participation criteria.

Note:

For any community outing, the professionals must provide relevant information each user (daily living skills, behavioural aspects, social skills, etc.) to ensure safe and coordinated practice.

Activity evaluation

The patients' progress is monitored through observation. The activity maintains a very positive atmosphere, strengthens peer relationships and is highly valued by participants.

The occupational therapist, together with the assistant, draws up the list of candidates, while the medical team assesses the final suitability of participation.

Activity characteristics

Duration	60–165 minutes (depending on the modality)		
Number of sessions	2 sessions per week		
Schedule	Tuesday 10:30–11:30 · In-hospital training Thursday 10:15–13:00 · Community training)		
Location	Hospital indoor football pitch. Community gym/sports centre " _____ "		
Population	Patients who meet the criteria		
Method	Closed and guided group		
Required materials	Sports equipment and football gear		
Activity assessment	Continuous observational assessment of participation, progress, group dynamics and behaviour		
Documentation	Attendance record. Individual record of occupational functioning		
Cost of the activity	Use of sports facilities and equipment		

* The final decision on participation in community outings always rests with the Occupational Therapist.

4.8. Mountain Therapy Activity

Type of activity: Outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Inpatient unit. Outpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Physical educator / Psychiatric rehabilitation technicians / Qualified Mountain guide.

Description of the activity:

Through structured outdoor activities in mountain environments, participants are encouraged to improve their physical and mental well-being, develop emotional awareness and strengthen social and relational skills. The overall objective is to enhance self-efficacy, autonomy and resilience, offering a holistic approach to addiction rehabilitation.

Activity objectives:

General objectives:

To promote the recovery and overall wellbeing of patients with pathological addiction through therapeutic and rehabilitative experiences in natural mountain environments.

- Encourage and promote physical activity.
- Educate on healthy lifestyle habits.
- Encourage and promote social interaction among participants.

Specific objectives:

- Improve stress and emotion management through *mindfulness* practices, breathing exercises, and outdoor activities.
- Strengthen participants' social and relational skills through group activities and *team-building* exercises.
- Foster self-efficacy, personal motivation and autonomy through hiking and experiential workshops.
- Promote healthy and responsible behaviour, including through environmental education activities.
- Improved mood and reduced symptoms of stress or anxiety.
- Increased interpersonal and stress management skills.
- Positive self-assessment of personal progress.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Patients with preserved psychomotor abilities.
- Motivation and willingness to participate and comply with established rules.
- Basic motor skills that allow for safe movement.
- Absence of active intoxication or alterations related to recent consumption of alcohol or other substances.

Exclusion criteria:

- Physical conditions incompatible with the safety of the activity.
- Serious psychological or behavioural disturbances (agitation, aggression, emotional crises).
- Low motivation or lack of cooperation, including difficulties in following rules or active conflicts with other patients.

Methodology:

The project is aimed at adults between the ages of 18 and 65 diagnosed with pathological addiction.

Participation is voluntary and requires informed consent, with selection also based on physical health compatibility for moderate outdoor activity.

Planned activities include therapeutic walks and gentle hiking, breathing exercises in nature. Each participant is encouraged to keep a personal mountain therapy journal, where they can record their emotions, reflections and progress.



Assessment and follow-up are carried out at the beginning, middle and end of the programme through individual and group feedback sessions that allow participants to reflect on their experiences and achievements. Through this immersive and supportive approach, Mountain Therapy aims to offer a transformative experience that combines the restorative power of nature with structured therapeutic support, promoting lasting recovery from addiction.

Activity characteristics

Duration	3 hours
Number of sessions	One session every 15 days
Location	Safe and accessible mountain areas with nature trails. Refuges or rest stops equipped for emergencies.
Required equipment	Backpacks. Trekking poles. Maps. First aid kits.
Activity evaluation	Assessment and feedback through individual and group reflection sessions to analyse the experience.
Cost of the activity	Insurance for participants. Transport costs.

4.9. Therapeutic climbing activity

Type of activity: Indoor/outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Qualified climbing instructor / Therapist (OT, psychologist or physical educator).

Scope of action: Health · Addiction rehabilitation · Psychophysical wellbeing.

Description of the activity:

Therapeutic climbing is a physical and experiential activity that combines exercise, controlled challenge and emotional work. Thanks to its characteristics, it allows participants to work on decision-making, emotional regulation, frustration tolerance and interpersonal trust, which are key aspects in the addiction rehabilitation process.

The activity takes place in a safe and structured environment, where participants face progressive challenges that promote self-awareness, personal responsibility, and the replacement of addictive patterns with healthy behaviours.

Activity objectives:

General objectives:

- To promote psychosocial rehabilitation through structured and safe physical activity.
- To replace addictive behaviour patterns with healthy and regulated experiences.
- To promote self-efficacy, self-confidence and resilience.

Specific objectives:

- Encourage responsibility and decision-making, assessing risks and consequences before acting.
- Increase awareness of the consequences of actions, reinforcing the cause-effect relationship.



- Improve attention, concentration and mental strength, which are key to managing *cravings*.
- Learn to manage fear and stress in a controlled and safe environment.
- Strengthen confidence and communication skills by working in pairs and groups.
- Reduce impulsive and risky behaviours by developing a planned and conscious approach to risk.
- Activate the reward system in a healthy way through physical exercise and personal achievement.
- Improve body awareness, self-esteem and perception of self-efficacy.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Users motivated to participate in group physical activities.
- Physical and psychological capacity compatible with basic climbing.
- Acceptance of safety rules and teamwork.

Exclusion criteria:

- Medical conditions that contraindicate the activity (serious cardiovascular problems, active injuries).
- Uncontrolled psychological disorders that hinder safety or cooperation.
- Serious impulsive behaviours that compromise compliance with rules.

Methodology:

The activity is carried out using a progressive, therapeutic and structured approach:

- Simple routes and low heights at the beginning.
- Gradual progression in difficulty and intensity.
- Working in pairs (climber–belayer) to build trust and communication.
- Time for reflection before and after the session to integrate the emotional experience.

Climbing is used as a therapeutic metaphor to work on real-life situations related to risk management, frustration and decision-making.

Safety and risk management:

- Constant professional supervision by qualified instructors.
- Regular review of technical equipment.
- Clear safety rules (belaying, communication, limits).
- Prior medical and therapeutic assessment of participants.
- Appropriate professional/user ratio to ensure control.

Activity assessment:

Continuous observational monitoring focused on:

- Participation and compliance with rules.
- Progress in emotional and stress management.
- Decision-making ability and impulse control.
- Teamwork and interpersonal skills.
- Perception of well-being and self-efficacy.

Activity characteristics:

Duration	90–120 minutes
Number of sessions	1 session per week
Location	Indoor climbing wall or outdoor climbing wall
Population	People undergoing addiction rehabilitation



Method	Guided, progressive and therapeutic group activity
Required equipment	Harness, ropes, helmet, climbing shoes, carabiners, belay devices
Activity assessment	Observational assessment and therapeutic reflection sessions
Cost of the activity	Use of facilities, technical equipment and specialised personnel

Conclusion

Therapeutic climbing is a highly effective tool for working on key aspects of addiction rehabilitation. Its combination of physical challenge, emotional regulation and interpersonal work allows for a profound, safe and motivating intervention, facilitating behavioural change and personal strengthening.

4.10. Therapeutic Alpine Skiing Activity

Type of activity: Outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Qualified ski instructor / Therapist (OT, psychologist or physical educator).

Scope of action: Health · Addiction rehabilitation · Psychophysical and social wellbeing.

Description of the activity:

Therapeutic alpine skiing is an outdoor sporting activity that combines intense physical exercise, connection with nature and a high level of concentration. These characteristics make it a valuable complementary tool in addiction rehabilitation processes.

Skiing promotes the establishment of healthy routines, stress reduction, strengthened self-esteem and the creation of positive social bonds, always within a professional, structured and safe framework.

Objectives of the activity:

General objectives:

- To promote the physical and emotional well-being of people undergoing addiction rehabilitation.
- To offer healthy alternatives to substance use.
- To reinforce motivation, self-efficacy, and adherence to treatment.

Specific objectives:

- Stimulate the reward system naturally through the release of endorphins associated with physical activity.
- Reduce stress and anxiety, promoting more stable emotional states.
- Enhance mindfulness and concentration through the constant focus required by skiing.
- Improve overall physical health and establish active routines.
- Boost self-esteem and a sense of achievement by acquiring and improving technical skills.
- Foster a connection with nature as a regulating and restorative element.
- Promote socialisation and peer support, reducing social isolation.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Individuals undergoing addiction rehabilitation who are motivated to participate.
- Physical condition compatible with basic alpine skiing.

- Acceptance and compliance with safety regulations.

Exclusion criteria:

- Medical contraindications for practising sport in a mountain environment.
- Psychological imbalances that compromise personal or group safety.
- Serious impulsive behaviour or difficulties in complying with rules.

Methodology:

The activity is carried out within a therapeutic, progressive and supervised approach:

- Starting with basic exercises and low-difficulty trails.
- Gradual progression according to physical and emotional abilities.
- Group sessions with technical and therapeutic support.
- Spaces for reflection to integrate the physical and emotional experience.

Skiing is also used as a therapeutic metaphor to work on risk management, frustration tolerance, perseverance and conscious decision-making.

Practical application in rehabilitation

Alpine skiing is integrated as a complement to traditional therapeutic programmes:

- Professional-led "therapeutic skiing" sessions.
- Change of environment from the usual clinical settings.
- Learning coping strategies and emotional regulation in real-life environments.

The activity does not replace psychological therapy or medical treatment but acts as a complementary tool.

Evaluation of the activity:

Observational monitoring focused on:

- Participation and adaptation to the activity.
- Emotional and stress management.
- Ability to concentrate and self-control.
- Social interaction and group cohesion.
- Subjective perception of well-being and personal achievement.

Activity characteristics:

Duration	Full day or 3–5 hours sessions
Number of sessions	Occasional or intensive programme (depending on the season)
Location	Alpine ski resort
Population	People undergoing addiction rehabilitation
Method	Guided and supervised group activity
Required equipment	Ski equipment (skis, boots, helmet, thermal clothing)
Activity evaluation	Observational assessment and therapeutic reflection sessions
Cost of the activity	Lift passes, equipment, transport and specialised staff

Conclusion:

Therapeutic alpine skiing is a highly valuable complementary intervention in addiction rehabilitation. Its combination of physical activity, mindfulness, contact with nature and group experience promotes overall well-being, personal development and the consolidation of healthy habits, always within a professional and safe framework.

4.11. Snowshoeing

Type of activity: Outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Outpatient unit / Inpatient unit.

Professionals responsible for the activity: Mountain guide / Therapist (OT, psychologist or physical educator).

Scope of action: Health · Addiction rehabilitation · Physical, emotional and social wellbeing.

Description of the activity:

Snowshoeing is a winter mountain activity that combines moderate physical exercise, direct contact with nature and structured group experiences. Its integration into addiction rehabilitation programmes allows for work on emotional regulation, mindfulness, the acquisition of healthy routines and the strengthening of self-efficacy.

The activity takes place in a controlled natural environment, offering intense and positive experiences without the use of substances, promoting sustained processes of change and recovery.

Activity objectives

General objectives:

- To promote the physical and psychological recovery of people with addictions.
- To promote healthy and structured alternatives to substance use.
- To reinforce self-esteem, autonomy and adherence to treatment.

Specific objectives:

- To improve overall physical health by reducing stress and anxiety through moderate aerobic activity.
- Encourage mindfulness and presence through contact with the natural environment and body awareness.
- Establish healthy structure and routine, breaking chaotic patterns associated with addiction.
- Promote social interaction and a sense of belonging through group dynamics.
- Increase self-efficacy and a sense of achievement by overcoming personal challenges and obstacles.
- Reduce social isolation, one of the main risk factors for relapse.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Individuals undergoing addiction rehabilitation who are motivated to participate.
- Physical condition compatible with moderate walks on snowy terrain.
- Ability to follow basic safety rules and work in a group.

Exclusion criteria:

- Medical contraindications for physical activity in a winter mountain environment.
- Psychological imbalances that could compromise the safety of the group.
- Serious impulsive behaviour or difficulty respecting limits and rules.

Methodology:

The activity is carried out with a therapeutic, progressive and supervised approach:

- Selection of routes adapted to the physical and emotional level of the group.
- Controlled pace, with frequent breaks and constant support.
- Professional technical and therapeutic support.
- Use of the route as a space for emotional and relational work.

The experience is complemented by group reflection sessions, where physical and emotional experiences are integrated into the therapeutic process.

Integration into addiction treatment

Snowshoeing can be incorporated:

- As part of residential programmes (planned therapeutic outings).



- In post-detoxification phases, focused on psychosocial rehabilitation.
- In outpatient programmes, through weekend outings or intensive sessions.

The activity does not replace traditional clinical intervention but acts as a therapeutic complement.

Safety and risk management:

- Supervision by mountain guides and qualified therapeutic professionals.
- Route planning according to group ability and weather conditions.
- Appropriate equipment and prior inspection of gear.
- Clear safety protocols and procedures in case of incidents.

Activity assessment:

Observational monitoring focused on:

- Participation and adaptation to the activity.
- Stress management and emotional regulation.
- Cooperative and supportive behaviour among peers.
- Subjective perception of well-being, motivation and self-efficacy.

Activity characteristics:

Duration	Half day (3–5 hours)
Number of sessions	One-off or regular programme (depending on the season)
Location	Natural snow-covered mountain environment
Population	People undergoing addiction rehabilitation
Method	Guided and supervised group activity
Required equipment	Snowshoes, poles, thermal clothing, suitable footwear
Activity assessment	Observational assessment and group therapeutic reflection
Cost of the activity	Equipment, transport, guides and specialised staff

Conclusion

Snowshoeing is a highly effective complementary intervention in addiction rehabilitation. It offers meaningful, healthy and emotionally regulating experiences in contact with nature, reinforcing self-efficacy, group cohesion and the creation of healthy lifestyle habits without substance use.

4.12. Adapted basketball activity

Type of activity: Indoor/outdoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Inclusive Sports Area / Occupational Therapy.

Professionals responsible for the activity: Sports instructors / Occupational therapists / Educational psychologists.

Scope of action: Health education · Physical, emotional and social wellbeing.

Description of the activity:

Adapted basketball is an educational, therapeutic and social tool aimed at people with intellectual disabilities. As a dynamic team sport, basketball allows participants to work on their physical health, emotional development, social skills and cognitive aspects such as attention, planning and decision-making in an integrated way.



Through an inclusive and adapted methodology, the activity promotes autonomy, self-esteem and active participation in the community, contributing to improving the quality of life of the participants.

Activity objectives:

General objectives:

- Promote healthy habits through regular physical activity.
- Improve physical condition, motor skills and cognitive abilities.
- Promote social inclusion, teamwork and self-esteem.
- Facilitate sporting experiences in an inclusive, educational and respectful environment.

Specific objectives:

- Improve gross motor coordination and cardiorespiratory fitness.
- Promote attention, memory and planning through play situations.
- Promote communication, cooperation and respect for rules and turns.
- Reduce anxiety and stress levels and encourage positive emotional expression.
- Reinforce feelings of achievement, motivation and a sense of belonging to the group.
- Internalise habits related to hygiene, hydration, rest and body care.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- People with intellectual disabilities who are able to participate in group activities.
- Interest and motivation in practising sport.

Exclusion criteria:

- Medical or physical conditions that contraindicate the safe practice of physical activity.
- Serious behavioural disorders that prevent the group from functioning.

Methodology:

The methodology is adapted, structured and focused on inclusion:

Simplified rules and adaptations according to functional level.

Constant visual and verbal support.

Use of stable routines and positive reinforcement.

Small groups and defined roles.

Prioritising inclusion, not competition.

Incorporation of monitors, occupational therapists or educational psychologists.

Proposed activities:

Activities and characteristics

1. Hoop tossing
 - Objective: Coordination and accuracy
 - Materials: Soft balls, hoops
 - Adaptations: Hoops at different heights
2. Games in pairs
 - Objective: Communication and cooperative work
 - Equipment: Cones, bibs
 - Adaptations: Visual reinforcement of instructions
3. Mini matches
 - Objective: Socialisation and respect for rules
 - Equipment: Adapted basket
 - Adaptations: Reduced time, mixed teams
4. Motor circuits
 - Objective: Physical health and endurance



- Equipment: Cones, mats
- Adaptations: Individualised pace

Sessions include shooting hoops, cooperative games, mini-matches and motor circuits, with adaptations in terms of time, equipment and pace.

Activity assessment:

Assessment is ongoing and based on indicators such as:

- Active participation and attendance.
- Development of motor and social skills.
- Increased social interaction and cooperation.
- Adoption of healthy habits.
- Emotional well-being, enjoyment, and motivation.

Tools:

Observation sheets, adapted rubrics, visual questionnaires, healthy habit records.

Activity characteristics

Duration	60 minutes per session
Number of sessions	2 training sessions per week + 1 match per month
Period	8 months (October – May)
Location	Sports centre / Adapted sports facilities
Population	People with intellectual disabilities
Method	Small, guided and inclusive group
Equipment	Adapted balls, adjustable baskets, cones, bibs, mats
Activity assessment	Continuous observational assessment of participation, skills, health habits and emotional wellbeing
Cost of the activity	Use of sports facilities, equipment and travel (events and final championship)

4.13. Adapted Gerontogymnastics Activity

Type of activity: Indoor. Group activity.

Department responsible for the activity: Occupational Therapy/Physiotherapy.

Professionals responsible for the activity: Physiotherapist / Occupational therapist / Support staff and carers.

Scope of action: Health · Primary prevention · Active ageing and comprehensive wellbeing.

Description of the activity:

Gerontogymnastics is a discipline of adapted physical activity especially suitable for older people with intellectual disabilities. Unlike other conventional physical practices, it is characterised by its high degree of adaptability, safety and comprehensive therapeutic approach.

Through gentle, structured and rhythmic exercises, the activity contributes to maintaining mobility, functional autonomy and emotional wellbeing, promoting active, dignified ageing and a better quality of life.

Objectives of the activity:

General objectives:

- Maintain and improve joint mobility and muscle strength.
- To stimulate motor coordination, balance and body awareness.



- Prevent physical, cognitive and functional deterioration associated with ageing.
- Promote socialisation, emotional well-being and a sense of belonging to the group.

Specific objectives:

- Stimulate attention, functional memory and the mind-body connection.
- Facilitate the performance of activities of daily living (ADL).
- Reduce the risk of falls by working on balance and postural stability.
- Decrease levels of anxiety, stress and disruptive behaviour.
- Reinforce self-esteem, motivation and a sense of achievement.

Inclusion and exclusion criteria:

Inclusion criteria:

- Older adults with mild or moderate intellectual disabilities.
- Ability to remain seated or standing with or without support.
- Willingness to participate in guided group activities.

Exclusion criteria:

- Medical conditions that contraindicate physical activity, even low-intensity activity.
- Physical or behavioural imbalances that compromise safety during the session.

Methodology:

The methodology is adapted, safe and person-centred, with a preventive and therapeutic approach:

- Simple, repetitive language and accompanying gestures.
- Individualised exercises according to functional level.
- Use of playful and safe materials (soft balls, scarves, elastic bands, music).
- Small groups (6–8 people) with constant supervision.
- Positive reinforcement and stable routines to encourage adherence.

Session structure (40 minutes):

1. Warm-up (10 min): joint mobility and guided breathing.
2. Main part (20 min): gentle strength training, balance, coordination and motor games.
3. Cool down (10 min): relaxation, stretching and full body mindfulness.

Activity assessment:

Assessment is continuous and observational, focusing on:

- Participation and attendance.
- Functional and motor development.
- Emotional well-being and motivation.
- Social interaction and group behaviour.

The information is used to adjust sessions and prevent risks.

Monthly Schedule for Adapted Gerontogymnastics

Week 1

Day	Main activity	Specific objectives	Materials
Monday	Basic mobility circuit	Assess joint range, resistance and exercise tolerance	Hoops, cones
Wednesday	Assisted walking + leg strength	Strengthen quadriceps and improve static balance	Chairs, balls
Friday	Balls + music (stretching)	Stimulate hand-eye coordination and promote relaxation	Soft balls, music

Week 2



Day	Main activity	Specific objectives	Materials
Monday	Exercises with scarves and music	Improve rhythmic coordination and body awareness	Scarves, music
Wednesday	Obstacle course	Promote dynamic balance and attention	Cones, mats
Friday	Games in pairs	Reinforce motor memory and social interaction	Music, visual cards

Week 3

Day	Main activity	Specific objectives	Materials
Monday	Throwing coloured balls	Stimulate visual discrimination and coordination	Coloured balls
Wednesday	Exercises with elastic bands	Improve upper body strength and mobility	Elastic bands
Friday	Sequence of steps with colours/numbers	Cognitive stimulation: attention and spatial orientation	Marked mats or papers

Week 4

Day	Main activity	Specific objectives	Materials
Monday	The group's favourite circuit	Reinforce learning and promote self-esteem	Hoops, balls
Wednesday	Adapted mini-Olympics	Assess physical and functional progress in a fun way	Exercise stations
Friday	Guided relaxation + presentation of certificates	Promote a positive conclusion and reduce anxiety	Soft music, diplomas

Activity characteristics:

Duration	40 minutes
Number of sessions	3 sessions per week
Location	Multipurpose room at the centre / therapeutic space
Population	Elderly people with intellectual disabilities
Method	Small, guided and adapted group
Required materials	Stable chairs, soft balls, elastic bands, scarves, cones, music
Activity assessment	Continuous observational assessment of physical, cognitive and emotional status
Cost of the activity	Basic therapeutic materials

Conclusion

Gerontogymnastics is one of the most suitable physical activities for older people with intellectual disabilities, as it combines moderate exercise, safety, group dynamics and high therapeutic and preventive value. Its systematic integration as a primary prevention measure promotes autonomy, delays functional decline and improves overall well-being.

5. General conclusions

The evidence presented in this document allows us to affirm that sport constitutes a comprehensive therapeutic intervention, capable of acting simultaneously on the neurobiological, psychological and social levels of recovery from addiction and dual pathology.

Firstly, scientific evidence shows that physical activity helps to restore impaired reward systems, promote neuroplasticity and improve emotional balance, which are key elements in reducing cravings and preventing relapses.

From a psychological point of view, sport strengthens self-efficacy, regulates anxiety and consolidates self-care habits. The revised theoretical framework (Transtheoretical Model, Self-Determination, Resilience and Social Capital) explains how these activities promote the transition to healthy behaviours, increase intrinsic motivation and allow the reconstruction of an identity detached from addiction.

In the social sphere, sport is a privileged means of generating integration, a sense of belonging and community support networks. This is particularly relevant for vulnerable groups such as people with intellectual disabilities or refugees, for whom sport acts as a tool for inclusion, empowerment and dignity.

An analysis of good practices at different levels of care shows that physical activity can be implemented consistently throughout the therapeutic process, from primary care to therapeutic communities. The combination of tailored interventions, professional supervision, individualised plans and adherence mechanisms constitutes an effective and sustainable model.

In addition, potential risks (such as the development of exercise addiction) can be prevented through rigorous assessment protocols, access criteria, clinical supervision and staff training.

Overall, the document argues that sport is not merely a complement, but an essential and cross-cutting element of the contemporary approach to addiction. Its institutionalisation within mental health services and rehabilitation programmes is a necessary step towards ensuring a holistic, inclusive and human rights-based approach. The available evidence supports its integration as a first-rate therapeutic tool, with proven benefits in recovery, functionality, and quality of life.

6. Bibliography

AAIDD (2017) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Support Systems*. 12th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Angelucci, F., Ricci, E., Padua, L., Sabino, A., & Tonali, P. (2019). Neurobiological mechanisms of exercise in addiction recovery. *Neuroscience Letters*, 712, 134–145.

APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asensio-Hernández, J. and Martín, A. (2022) 'Social capital and inclusion through sport in vulnerable populations,' *Spanish Journal of Social Psychology*, 37(2), pp. 115-133.

- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Barrantes-Brais, K., García-Ramírez, M., and Salas, D. (2021) 'Sport as a means of inclusion and mental health in people with intellectual disabilities,' *Psychology and Health*, 31(1), pp. 41-58.
- Bauman, Z., Smith, J., and Fernández, A. (2021) 'Trauma, displacement and resilience: perspectives on mental health in refugees,' *Journal of Psychosocial Intervention*, 25(3), pp. 212-231.
- CEAR (2022) *Sport and Refuge Programme: Impact Assessment 2021–2022*. Malaga: Spanish Commission for Refugee Aid.
- Deci, E.L. and Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behaviour*. New York: Plenum Press.
- Diener, E. (2000) 'Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index,' *American Psychologist*, 55(1), pp. 34-43.
- Farde, L., Ramírez, A. and Sánchez, M. (2018) 'Physical exercise as a complement to therapy in addiction treatment centres,' *Spanish Journal of Drug Addiction*, 43(2), pp. 105-129.
- Fundación A LA PAR (2021) *Sport and Inclusion: Impact Assessment of Adapted Programmes for Intellectual Disabilities*. Madrid: Fundación A LA PAR.
- García, R., Domínguez, J. and López, I. (2022) 'Prescription of physical exercise in primary care: results of the PAPPS programme,' *Primary Care*, 54(3), pp. 145-153.
- GIESAD (2018) *Guide to intervention in addiction and intellectual disability*. Madrid: Health and Addiction Research Group (GIESAD).
- González-Sánchez, M., López-Torrecillas, F. and Pérez-García, M. (2020) 'Physical exercise and neuroplasticity in the treatment of addictions,' *Journal of Clinical Psychology with Children and Adolescents*, 7(2), pp. 51–64.
- Krysinska, K., Burkhardt, J., & Tran, T. (2022). Sport as a tool for the social inclusion of refugees: Evidence from European community programmes. *Journal of Refugee Studies*, 35(4), pp. 754–773.
- López-Romero, A. and Iglesias, J. (2020) 'Physical exercise, sleep and abstinence: a review of recent interventions,' *Spanish Journal of Applied Psychology*, 12(1), pp. 65-80.
- López-Torrecillas, F. and Rueda, R. (2016) 'Sport and resilience: psychological strategies in relapse prevention,' *Psicothema*, 28(3), pp. 214-222.
- Lox, C.L., Martin, K.A. and Petruzzello, S.J. (2019) *The Psychology of Exercise: Integrating Theory and Practice*. 4th ed. New York: Routledge.
- Martín-Doménech, A. and Peiró-Pérez, I. (2021) 'Adaptation of sports programmes for people with intellectual disabilities,' *Journal of Psychology and Special Education*, 18(2), pp. 87-101.
- Morral, F., Gil, R. and López, V. (2025) 'Physical activity and mental health in residential settings: systematic review,' *Journal of Community Health*, 41(1), pp. 12-37.

Proyecto Hombre (2021) Evaluation of the results of the therapeutic sports programme 2019-2021. Granada: Proyecto Hombre Foundation.

Ramírez, C., Torres, P. and Varela, M. (2020) 'Sport as complementary therapy in addiction: results in Spanish clinical units,' *Journal of Psychological Intervention*, 32(2), pp. 87-106.

Reche García, R. (2019) 'The transtheoretical model of change applied to physical exercise in addiction rehabilitation,' *Spanish Journal of Sports Psychology*, 28(4), pp. 145-161.

Rodríguez-Martos, A. (2017) Biopsychosocial model and addictions: theoretical bases and clinical strategies. Barcelona: Socidrogalcohol.

UNHCR (2023) Sport for Protection Toolkit: Programming with Young People in Forced Displacement Settings. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

Wang, X., Chen, Z., Liu, J., & Zhao, Y. (2021) 'Exercise as a neuroprotective intervention in substance use disorders,' *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, pp. 1-12.

Sport for Inclusion Refugees (2023) Results report of the European project Sport for Inclusion Refugees 2023. Brussels: European Commission.

Spanish Red Cross (2023) Annual report on community sports programmes for refugees. Madrid: Red Cross.



Co-funded by
the European Union

Protocolo sobre los beneficios de la actividad física en las terapias de tratamiento de adicciones

2025



RESTART

RESTART Project

REhabilitative Sport contributing To
Addictions Recovery Treatments



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

INDICE:

1.	Introducción.....	4
2.	Adicciones y deporte: Conceptos	4
2.1.	Adicción, discapacidad intelectual y condición de refugiado	4
2.2.	Marco teórico del deporte y la recuperación	5
2.3.	Modelo Transtórico del Cambio.....	5
2.4.	Teoría de la Autodeterminación	5
2.5.	Teoría del Bienestar Subjetivo y Resiliencia.....	5
2.6.	Capital social y sentido de pertenencia	5
2.7.	Dimensión psicosocial del deporte	7
2.8.	Buenas prácticas y niveles asistenciales	8
2.8.1.	Atención primaria.....	8
2.8.2.	Atención secundaria.....	8
2.8.3.	Atención terciaria	9
2.9.	Deporte y patología dual	9
2.9.1.	Adicciones con sustancias	9
2.9.2.	Adicciones sin sustancias	9
2.9.3.	Beneficios del deporte en la recuperación de la patología dual.....	10
2.9.4.	Aplicaciones prácticas	10
2.10.	Deporte y discapacidad intelectual.....	13
2.11.	Deporte y personas en condición de refugiado.....	13
2.12.	Programas de deporte considerando las necesidades específicas de género	14
3.	Proyectos deportivos para servicios asistenciales dedicados al tratamiento de adicciones y patología dual.....	15
3.1.	Protocolo sobre los criterios de acceso:	16
3.2.	Evaluación de los programas de ejercicio	17
3.3.	Integración de los equipos sociosanitarios	18
4.	Fichas actividades protocolo deportivo:	18
4.1.	Actividad de Fitness	18



4.2.	Actividad de Ejercicios con el Propio Peso Corporal	19
4.3.	Actividad de Ping Pong.....	21
4.4.	Actividad de Running	23
4.5.	Actividad de Nordic Walking.....	24
4.6.	Actividad de Aquagym	25
4.7.	Actividad de Fútbol Comunitario / Intrahospitalario.....	26
4.8.	Actividad de Terapia de Montaña	28
4.9.	Actividad de Escalada Terapéutica	30
4.10.	Actividad de Esquí Alpino Terapéutico.....	32
4.11.	Actividad de Raquetas de Nieve	33
4.12.	Actividad de Baloncesto Adaptado	35
4.13.	Actividad de Gerontogimnasia Adaptada	37
5.	Conclusiones generales	40
6.	Bibliografía.....	41

1. Introducción

La adicción ha dejado de ser entendida como una mera desviación conductual para concebirse hoy como un trastorno complejo de naturaleza biopsicosocial. En este marco integrador, el deporte ha emergido como una herramienta terapéutica con múltiples beneficios comprobados. Diversas investigaciones han demostrado que la actividad física regular incide positivamente en la reducción del deseo de consumir (craving), la mejora del estado de ánimo, el fortalecimiento de habilidades sociales y la consolidación de hábitos saludables (López-Torrecillas y Rueda, 2016; González-Sánchez et al., 2020).

En poblaciones especialmente vulnerables, como las personas con discapacidad intelectual (DI) y las personas en condición de refugiado, el deporte cumple además una función inclusiva y rehabilitadora, que va más allá de lo fisiológico, afectando positivamente a la autoestima, la integración comunitaria y la calidad de vida (Barrantes-Brais et al., 2021; UNHCR, 2023). Su carácter universal, estructurante y simbólicamente significativo lo convierte en un medio idóneo para la intervención psicosocial en contextos de vulnerabilidad, donde la recuperación requiere no solo abstinencia, sino reconstrucción identitaria y social.

En este documento se abordará, en primer lugar, el marco teórico que sustenta la relación entre actividad física, motivación y cambio conductual. En segundo lugar, se explicarán los fundamentos neurobiológicos y psicológicos que explican los efectos del deporte en la recuperación de adicciones. Posteriormente, se desarrollarán la dimensión psicosocial del ejercicio, su papel en el tratamiento de la adicción las buenas prácticas y adaptaciones clínicas en los distintos niveles asistenciales (primario, secundario y terciario), y finalmente se analizará el valor del deporte para las personas en condición de refugiado, antes de concluir con implicaciones terapéuticas y sociales.

2. Adicciones y deporte: Conceptos

2.1. Adicción, discapacidad intelectual y condición de refugiado

La adicción, según el DSM-5 (APA, 2013), se define como un patrón problemático de consumo de sustancias caracterizado por pérdida de control, tolerancia y persistencia en el uso a pesar de consecuencias negativas. En España, Socidrogalcohol ha promovido un enfoque biopsicosocial en el que convergen factores genéticos, psicológicos y sociales (Rodríguez-Martos, 2017).

La discapacidad intelectual implica limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, manifestadas antes de los 18 años (AAIDD, 2017). Estas limitaciones afectan la autorregulación emocional, la planificación y la comprensión de consecuencias, lo que aumenta la vulnerabilidad al consumo de sustancias (GIESAD, 2018).

En el caso de las personas en condición de refugiado, la exposición a experiencias traumáticas, pérdida de redes sociales y desplazamiento forzado incrementa el riesgo de depresión, ansiedad y conductas adictivas (Bauman et al., 2021). La práctica deportiva puede ofrecer una vía terapéutica de reconstrucción personal y comunitaria, actuando como medio de regulación emocional y socialización.

2.2. Marco teórico del deporte y la recuperación

El papel del deporte en la recuperación de adicciones se comprende mejor desde una integración de varios modelos psicológicos. Esta perspectiva permite abordar los múltiples factores que intervienen en el proceso de cambio y adaptación, considerando tanto los aspectos individuales como los sociales y emocionales. A continuación, se describen los principales marcos teóricos que fundamentan la relación entre la actividad física y la recuperación, como el Modelo Transteórico del Cambio, la Teoría de la Autodeterminación, la Teoría del Bienestar Subjetivo y Resiliencia, así como el concepto de capital social y sentido de pertenencia. El análisis de estos enfoques ofrece una visión más completa de cómo el deporte puede actuar no solo como una herramienta terapéutica, sino también como un motor de integración, motivación y crecimiento personal en distintos contextos de vulnerabilidad.

2.3. Modelo Transteórico del Cambio

Desarrollado por Prochaska y DiClemente, este modelo plantea cinco fases de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El deporte facilita este tránsito al proporcionar refuerzo positivo, feedback observable y sensación de progreso. En estudios españoles, la incorporación de actividad física estructurada en fases de tratamiento ha mejorado significativamente la adherencia terapéutica (Reche García, 2019).

2.4. Teoría de la Autodeterminación

Según Deci y Ryan (1985), el bienestar psicológico depende de tres necesidades básicas: autonomía, competencia y relación. El deporte las activa simultáneamente: fomenta la autonomía al permitir decisiones sobre ritmo y metas; desarrolla la competencia al mostrar avances medibles; y refuerza la relación mediante el trabajo en grupo. Este equilibrio motivacional previene la recaída y fortalece el compromiso con la recuperación.

2.5. Teoría del Bienestar Subjetivo y Resiliencia

El bienestar subjetivo se asocia con la práctica regular de actividad física moderada, que incrementa emociones positivas y reduce estados de ansiedad y depresión (Diener, 2000). Además, el deporte fomenta la resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse a la adversidad y transformarla en crecimiento personal (López-Torrecillas y Rueda, 2016).

2.6. Capital social y sentido de pertenencia

El deporte colectivo genera capital social, al favorecer vínculos de confianza, solidaridad y cooperación (Asensio-Hernández y Martín, 2022). En el contexto de las adicciones, estas redes comunitarias son fundamentales para sostener la abstinencia y ofrecer un entorno de apoyo alternativo al círculo de consumo.

Fundamentos neurobiológicos y psicológicos del deporte como escudo frente a la adicción

El ejercicio físico desempeña un papel fundamental en la regulación de los sistemas neurobiológicos implicados en la adicción, actuando sobre los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y endorfinérgico, que son responsables de la modulación de neurotransmisores relacionados con el placer, la motivación y el bienestar emocional (Angelucci et al., 2019). La práctica regular de actividad física induce una liberación controlada de dopamina y serotonina, lo que contribuye a restaurar el equilibrio neuroquímico alterado por el consumo crónico de

sustancias. Este efecto neuroregulador es especialmente relevante en las fases iniciales de la recuperación, cuando el sistema de recompensa cerebral se encuentra deteriorado y la motivación para actividades no relacionadas con el consumo es baja.

Asimismo, el ejercicio físico provoca un aumento significativo del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), una proteína esencial para la neuroplasticidad y la supervivencia neuronal. El incremento de BDNF favorece la regeneración de neuronas y la adaptación cognitiva, compensando así el daño cortical y subcortical producido por el abuso prolongado de drogas (Wang et al., 2021). La mejora de la neuroplasticidad se traduce en una mayor capacidad para desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, mejorar la memoria y la toma de decisiones, elementos clave en la prevención de recaídas.

Desde una perspectiva psicológica, la práctica deportiva fortalece el autocontrol y la autoeficacia, conceptos desarrollados por Bandura (1997), que resultan esenciales en el proceso de recuperación. El establecimiento y consecución de metas progresivas durante la actividad física refuerza la percepción de competencia y reduce la sensación de impotencia que suele acompañar a las personas en situación de dependencia. Este refuerzo positivo impulsa la motivación intrínseca y facilita la transición hacia estilos de vida más saludables.

El deporte, además, actúa como una alternativa funcional al consumo de sustancias en la regulación emocional. Al ofrecer una válvula natural para canalizar emociones negativas como la ansiedad, la ira o la frustración, la actividad física se consolida como un recurso terapéutico para el manejo del estrés y la prevención de episodios de consumo compulsivo. La evidencia sugiere que la práctica deportiva regular mejora la tolerancia a la frustración y promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativas, reduciendo así la vulnerabilidad ante situaciones de riesgo.

Otro de los efectos neurobiológicos relevantes es la capacidad del ejercicio para restablecer los ritmos circadianos alterados por la adicción. La actividad física contribuye a normalizar los ciclos de sueño-vigilia, mejora la calidad del sueño y reduce la fatiga, lo que repercute positivamente en el equilibrio neuroendocrino y en el estado de ánimo general. Estos cambios fisiológicos no solo alivian los síntomas asociados a la abstinencia, sino que también fortalecen los sistemas biológicos que sustentan la estabilidad y resiliencia psicológica a largo plazo.

Es importante destacar que la integración del deporte en los programas de tratamiento de adicciones favorece la adherencia terapéutica y la reducción de la impulsividad, aspectos críticos para mantener la abstinencia y lograr una recuperación sostenida. La combinación de beneficios neurobiológicos y psicológicos convierte al deporte en un escudo multifacético frente a la adicción, facilitando tanto la reparación cerebral como la reconstrucción del bienestar subjetivo y social.

La práctica deportiva y la competición han demostrado ser herramientas eficaces de prevención y rehabilitación frente a las drogas, no solo porque representan una oportunidad de agregación social y diversión, no solo porque liberan de la soledad y el aburrimiento, no solo porque contribuyen al desarrollo de las energías del niño y a su control, sino, sobre todo, porque activan un formidable proceso de crecimiento y maduración de la personalidad y del comportamiento del adolescente y del joven.

Al aumentar el sentido de responsabilidad del individuo, especialmente en los deportes de equipo, y al desarrollar la capacidad de participar de forma constructiva en actividades sociales

de grupo, el deporte representa sin duda una de las estrategias más eficaces para la prevención y la rehabilitación de las adicciones patológicas a sustancias.

El deporte permite aprender a posponer el placer inmediato, la satisfacción inmediata de las propias necesidades y/o deseos, contribuyendo así a que los jóvenes interioricen la conciencia de poder controlar mejor su impulsividad. El deporte ayuda a canalizar la agresividad, más concretamente los impulsos violentos y sádicos, enseñando a gestionar y controlar el contacto físico y corporal con los demás. Investigadores de todo el mundo coinciden en que no hay nada más formativo, en la edad evolutiva, que practicar deporte y participar en competiciones, especialmente en competiciones de equipo.

2.7. Dimensión psicosocial del deporte

Desde una perspectiva sociopsicológica, el deporte proporciona estructura, pertenencia y propósito, aspectos esenciales en la reinserción social y la recuperación de personas afectadas por adicciones. Los programas deportivos en comunidades terapéuticas españolas, como los desarrollados por Proyecto Hombre (2021), han demostrado que las actividades grupales fomentan no solo la cooperación, la empatía y la resolución de conflictos no violenta, sino también el desarrollo de habilidades comunicativas, la gestión emocional y el establecimiento de normas de convivencia. Al participar en deportes colectivos, los individuos aprenden a respetar las reglas, a aceptar las decisiones grupales y a negociar diferencias, lo que fortalece el tejido social y facilita la adaptación a entornos comunitarios.

El deporte, además, actúa como un agente transformador de la identidad personal. Permite reconstruir una identidad desvinculada de la etiqueta “adicto”, reemplazándola por una narrativa de esfuerzo, superación y disciplina (Lox et al., 2019). Este proceso de resignificación personal resulta fundamental para recuperar la autoestima y el sentido de autoeficacia. A través de la progresión deportiva, los participantes experimentan logros tangibles, lo que refuerza su confianza y les motiva a mantener estilos de vida saludables. La percepción de competencia y el reconocimiento grupal contribuyen a reducir la estigmatización y a promover una integración social más profunda.

En el ámbito grupal, la práctica deportiva genera espacios de interacción positivos, donde la reciprocidad y la ayuda mutua actúan como refuerzos sociales. Estos espacios permiten la construcción de redes de apoyo que trascienden el ámbito deportivo, facilitando el intercambio de experiencias y el acompañamiento en momentos de vulnerabilidad. La reconstrucción simbólica del yo social, mediante el reconocimiento y la validación por parte del grupo, resulta esencial para prevenir recaídas y consolidar el proceso de recuperación. Además, el deporte facilita la gestión de la frustración y la tolerancia a la derrota, promoviendo estrategias de afrontamiento adaptativas que son transferibles a otros ámbitos de la vida cotidiana.

Por otro lado, el deporte cumple un papel especialmente relevante en la integración comunitaria de personas con discapacidad intelectual (DI) y en condición de refugiado. Para las personas con DI, la actividad física adaptada favorece el desarrollo de habilidades motrices, la comunicación y la autorregulación emocional, además de facilitar la adquisición de rutinas saludables y la participación en la vida social. Los programas deportivos orientados a la diversidad funcional incorporan metodologías inclusivas, promoviendo la autonomía y el sentido de pertenencia.

En el caso de las personas refugiadas, el deporte constituye una vía de acceso a experiencias de pertenencia y validación social, permitiendo superar barreras idiomáticas y culturales. La participación en actividades deportivas crea un entorno seguro y acogedor, donde se fomenta la integración, la solidaridad y el respeto a la diversidad. Los beneficios documentados incluyen la reducción de niveles de ansiedad, la mejora del bienestar emocional y la ampliación de la red de apoyo social, factores determinantes para facilitar la adaptación y el establecimiento de vínculos en la comunidad de acogida.

En resumen, la práctica deportiva aporta múltiples beneficios para personas con discapacidad intelectual y personas en condición de refugiado, promoviendo la inclusión, el bienestar físico y psicológico, y el fortalecimiento del capital social.

2.8. Buenas prácticas y niveles asistenciales

2.8.1. Atención primaria

En atención primaria, la práctica deportiva se promueve como una estrategia fundamental tanto para la prevención de trastornos adictivos como para la promoción de la salud general. Según el programa PAPPS 2022, se otorga una gran relevancia a la “prescripción de ejercicio físico” por parte de los profesionales sanitarios, quienes recomiendan la actividad física adaptada como parte del tratamiento integral de los pacientes (García et al., 2022). Un ejemplo práctico de esta intervención es la recomendación de caminar a paso ligero durante al menos 30 minutos diarios, cinco días a la semana, adaptando la intensidad según la condición física del paciente. En personas mayores, se pueden sugerir ejercicios de movilidad articular en grupo en centros de salud o parques públicos.

Las intervenciones deben individualizarse y ajustarse al contexto cultural y funcional del paciente para garantizar su eficacia. Por ejemplo, en personas con discapacidad intelectual, la utilización de mensajes visuales claros, la repetición de rutinas y la implicación activa de familiares o cuidadores resultan esenciales para mejorar la adherencia al programa. Un caso habitual podría ser organizar sesiones de actividad física en familia los fines de semana, como juegos de pelota o circuitos de psicomotricidad, en colaboración con centros municipales y asociaciones deportivas. Asimismo, el apoyo de monitores deportivos especializados en diversidad funcional facilita la continuidad de la práctica y asegura la integración en actividades comunitarias accesibles.

2.8.2. Atención secundaria

En el nivel secundario, dirigido a casos clínicos de moderada o mayor gravedad, el deporte se emplea como terapia complementaria junto a intervenciones farmacológicas y psicológicas. La evidencia científica señala que las actividades físicas grupales, como los talleres de yoga terapéutico, natación adaptada o caminatas supervisadas en grupo, contribuyen a reducir la impulsividad, estabilizar el estado de ánimo y fortalecer el compromiso con el tratamiento (Ramírez et al., 2020). Por ejemplo, en centros de salud mental, se suelen organizar clases semanales de yoga donde los participantes trabajan la respiración y la relajación, lo que les ayuda a gestionar el estrés y la ansiedad.

Las actividades más eficaces en este contexto suelen ser las que ofrecen estructura y permiten establecer objetivos alcanzables. Por ejemplo, un grupo de pacientes puede participar en un reto mensual de pasos caminados, registrando sus progresos con podómetros y celebrando los logros

juntos. La retroalimentación continua, como la entrega de diplomas o el reconocimiento verbal por parte de los profesionales, incrementa la motivación y refuerza la perseverancia. Además, la práctica regular de ejercicio en grupo promueve la interacción social y reduce el aislamiento, elemento fundamental para la recuperación psicológica (Farde et al., 2018).

2.8.3. Atención terciaria

En comunidades terapéuticas y centros residenciales, el deporte desempeña una función estructurante en la vida cotidiana de los usuarios. Aporta una rutina diaria, reduce la aparición de conflictos interpersonales y fortalece la convivencia entre los residentes. Por ejemplo, la organización de ligas de fútbol internas, torneos de baloncesto o sesiones matutinas de gimnasia son prácticas habituales que fomentan la colaboración y el sentido de pertenencia al grupo.

En personas con discapacidad intelectual o patologías duales, la actividad física actúa como eje rehabilitador central. Un ejemplo concreto es la realización de talleres de baile adaptado, donde los participantes trabajan la coordinación, la expresión corporal y la interacción social en un entorno seguro y positivo. Estas actividades deben ser evaluadas periódicamente por el equipo terapéutico para ajustar la intensidad, duración y los objetivos a las necesidades individuales. La literatura sugiere que los programas que combinan ejercicio físico con intervenciones psicosociales, como el acompañamiento psicológico grupal, consiguen tasas de retención hasta un 40% superiores a los programas convencionales, evidenciando su eficacia en la rehabilitación y reinserción social (Farde et al., 2018).

2.9. Deporte y patología dual

2.9.1. Adicciones con sustancias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia, en un mismo individuo, de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y otro trastorno psiquiátrico. En general, la relación entre la sintomatología vinculada al trastorno psiquiátrico de una persona y la relacionada con una adicción patológica puede adoptar diversas formas. Por un lado, la adicción puede aparecer como consecuencia de un problema psiquiátrico (habitualmente el consumo de sustancias puede representar una forma de automedicación o autoterapia): el individuo intenta tratar por sí mismo su trastorno mental y, posteriormente, el consumo de sustancias acaba predominando.

Los pacientes con diagnóstico dual son aquellos que, además de la adicción patológica, presentan trastornos psiquiátricos concomitantes, como trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos de la personalidad. La comorbilidad entre el abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad se asocia a un perfil clínico más grave, a un peor pronóstico y a peores resultados terapéuticos para ambos trastornos (Kokkevi, Facy, 1993).

Los trastornos mentales que con mayor frecuencia se presentan en comorbilidad con las adicciones patológicas son los trastornos del estado de ánimo, especialmente en sujetos con trastorno bipolar, y los trastornos de ansiedad.

2.9.2. Adicciones sin sustancias

En las últimas décadas, el concepto de adicción ha experimentado una notable ampliación, extendiéndose más allá de las adicciones clásicas a sustancias —como las drogas y el alcohol—

para incluir una serie de conductas que pueden presentar características similares de compulsividad y pérdida de control. Estas adicciones comportamentales, o “adicciones sin sustancia”, incluyen actividades como el juego patológico, la adicción a Internet y a las redes sociales, las compras compulsivas, la adicción al sexo o el uso excesivo de videojuegos, entre otras.

Las adicciones hacen referencia a una condición general en la que la dependencia psicológica impulsa la búsqueda del objeto adictivo, sin el cual la existencia pierde sentido. En el caso específico de las adicciones comportamentales, se trata de una serie de conductas disfuncionales en las que el objeto de la adicción no es una sustancia, sino un comportamiento concreto. Se caracterizan por conductas repetitivas que el sujeto tiene dificultades para controlar, a pesar de las consecuencias negativas. Al igual que las adicciones a sustancias, implican la búsqueda compulsiva de la conducta, tolerancia, necesidad de incrementar la intensidad o frecuencia para lograr el mismo efecto, elevado gasto de recursos (en términos de tiempo, energía y dinero) y síntomas psicológicos de abstinencia al interrumpir la conducta.

Además, las adicciones comportamentales suelen provocar un deterioro significativo de las relaciones interpersonales, del rendimiento laboral y de la salud física y mental.

Este fenómeno ha atraído la atención de la comunidad científica internacional, poniendo de relieve la necesidad de profundizar en la comprensión de los mecanismos subyacentes, las consecuencias para la salud mental y física y las estrategias terapéuticas eficaces. Los tratamientos clásicos, combinados con intervenciones innovadoras como la estimulación magnética transcraneal, se complementan para lograr mejores resultados clínicos.

2.9.3. Beneficios del deporte en la recuperación de la patología dual

Beneficio	Con consumo de sustancias	Sin consumo de sustancias
<i>Salud mental</i>	Reduce la ansiedad, el craving y la depresión	Disminuye la compulsividad y mejora el estado de ánimo
<i>Neurobiológico</i>	Equilibra la dopamina y las endorfinas	Potencia el control ejecutivo y la concentración
<i>Alivio del estrés</i>	Mecanismo saludable de afrontamiento	Reduce la desregulación emocional
<i>Habilidades sociales</i>	Promueve el trabajo en equipo, la rutina y los vínculos	Favorece interacciones saludables presenciales
<i>Prevención de recaídas</i>	Sustituye el refuerzo de la sustancia por recompensas naturales	Reduce el tiempo de riesgo y la recaída
<i>Autoeficacia</i>	Incrementa la confianza y la disciplina	Refuerza la motivación y el progreso

2.9.4. Aplicaciones prácticas

Las aplicaciones prácticas del deporte en la rehabilitación de las adicciones y la patología dual requieren una planificación rigurosa, una selección adecuada de actividades y una adaptación

continúa a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de cada persona. A continuación, se describen de forma desarrollada los ejes principales para la implementación de programas deportivos efectivos:

Tipos de ejercicio y su utilidad terapéutica

a) Ejercicio aeróbico (correr, nadar, ciclismo, caminar a paso ligero)

Favorece la regulación de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, reduciendo craving y ansiedad.

Mejora la capacidad cardiorrespiratoria y la calidad del sueño, elementos alterados en fases de abstinencia.

Puede implementarse de forma progresiva, individual y fácilmente monitorizable.

Actividades recomendadas: sesiones de 20–40 minutos, 3–5 veces por semana, con incremento gradual de intensidad.

b) Deportes de equipo (fútbol, baloncesto, voleibol)

Generan capital social, sentido de pertenencia e integración comunitaria.

Son especialmente útiles en la reconstrucción identitaria: del rol “paciente” al rol “compañero de equipo”.

Permiten trabajar normas, autocontrol, gestión del conflicto, aceptación de reglas y resiliencia ante la derrota.

Recomendado en fases intermedias o avanzadas del tratamiento, cuando hay mayor estabilidad clínica.

c) Prácticas mente-cuerpo (yoga, tai chi, pilates, respiración guiada)

Reducen activación fisiológica, ansiedad y desregulación emocional.

Útiles en trastornos de ansiedad, trauma, psicosis estabilizada o alta impulsividad.

Favorecen conciencia corporal, autocontrol y autoeficacia.

Sesiones de 30–60 minutos semanales dirigidas por profesionales formados en trauma-informed care.

d) Entrenamiento de fuerza

Mejora la autoestima a través de progresos medibles.

Beneficioso para la neuroplasticidad y la estabilidad anímica.

Apto para personas con baja tolerancia a actividades aeróbicas intensas.

Puede realizarse con bandas elásticas, peso corporal o cargas ligeras supervisadas.

Contextos de aplicación

Centros de rehabilitación residencial

Integración del deporte dentro de la rutina diaria (gimnasia matinal, ligas internas, torneos).

Actividades supervisadas que actúan como estructura positiva y preventiva de conflictos.

Ideal para trabajar convivencia, tolerancia a la frustración y hábitos saludables.

Servicios ambulatorios

Sesiones programadas 1–3 veces por semana, adaptadas a disponibilidad y nivel funcional.

Tareas para casa (p. ej., caminar 30 min/día) combinadas con retos individuales (uso de podómetro).

Adecuado en fases iniciales y de mantenimiento del tratamiento.

Programas de seguimiento post-alta

Actividades deportivas comunitarias como factor protector ante recaídas.

Derivación a clubes deportivos inclusivos, asociaciones municipales o grupos liderados por pares.

Mantiene vínculos prosociales y rutinas saludables tras el alta clínica.

Adaptaciones necesarias

Adaptaciones clínicas (salud mental, trauma, discapacidad intelectual):

Sesiones breves y predecibles; instrucciones claras y repetitivas.

Acompañamiento de profesionales formados en diversidad funcional o trauma.

Reducción de estímulos en personas con psicosis o hiperreactividad sensorial.

Rutinas muy estructuradas para personas con discapacidad intelectual o baja motivación.

Adaptaciones por condición física:

Evaluación médica previa y seguimiento periódico.

Evitar sobreesfuerzo o incremento brusco de la intensidad.

Monitorizar signos de fatiga, mareos, alteraciones del ánimo o desregulación.

Herramientas de implicación y adherencia

Grupos liderados por pares: ex-pacientes o usuarios veteranos que actúan como modelos de recuperación.

Clubes deportivos comunitarios: acceso a espacios normalizados, reducción del estigma y participación social.

Gamificación: retos de pasos, registro de progresos, insignias, diplomas, marcadores visibles.

Seguimiento digital: grupos de WhatsApp u otras apps para comunicación, recordatorios y refuerzo.

Consideraciones especiales según diagnóstico

Psicosis: evitar dinámicas competitivas intensas; actividades calmadas, predecibles y supervisadas.

Historia de trauma: entornos no jerárquicos; evitar contacto físico no consentido y espacios con ruido excesivo.

Adicciones comportamentales: priorizar prácticas presenciales y colectivas que regulen el uso de pantallas.

Baja motivación/apatía: actividades lúdicas, de baja barrera de entrada, reforzadas positivamente.

Integración programática

Inclusión del deporte en planes terapéuticos, reuniones clínicas y objetivos individualizados.

Coordinación entre psiquiatras, psicólogos, enfermería, terapeutas ocupacionales y entrenadores.

Revisión periódica de progresos: asistencia, estado anímico, síntomas, funcionalidad y calidad de vida.

Sinergia terapéutica

El deporte debe considerarse siempre un complemento integrado dentro del tratamiento, y no una intervención aislada:

Terapias psicológicas: TCC, intervención en trauma, entrevista motivacional.

Farmacoterapia: estabilización del estado de ánimo y reducción de síntomas.

Intervenciones psicosociales: grupos de habilidades, acompañamiento comunitario, psicoterapia grupal.

2.10. Deporte y discapacidad intelectual

El deporte en personas con discapacidad intelectual requiere un enfoque adaptativo que priorice la comprensión, la seguridad y la motivación. Los programas más eficaces integran la actividad física dentro de una estrategia de desarrollo integral que abarca salud, autonomía y participación social (GIESAD, 2018).

Un reto creciente en este colectivo es el envejecimiento prematuro, ya que las personas con discapacidad intelectual (DI) suelen presentar un declive funcional y cognitivo anticipado respecto a la población general. Este fenómeno se traduce en una mayor prevalencia de problemas motores, como la pérdida de fuerza, coordinación y equilibrio, así como en dificultades cognitivas, como el deterioro de la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento.

La práctica regular de actividad física resulta fundamental para contrarrestar estos efectos. A nivel motor, el ejercicio contribuye a mantener la movilidad articular, la coordinación y la fuerza muscular, aspectos clave para preservar la autonomía en las actividades de la vida diaria. Además, reduce el riesgo de caídas y mejora el control postural. En el plano cognitivo, diversas investigaciones han demostrado que el deporte estimula la plasticidad cerebral, favorece la concentración, la memoria y la capacidad de planificación, y ralentiza el deterioro asociado a la edad.

Los beneficios documentados incluyen mejoras en la coordinación motora, el control postural, la comunicación y la capacidad de concentración (Barrantes-Brais et al., 2021). Además, la práctica regular de ejercicio reduce los niveles de ansiedad y agresividad, facilitando la autorregulación emocional.

Las actividades más adecuadas son aquellas con estructura repetitiva y predecible, como natación, ciclismo, caminatas o yoga adaptado, siempre guiadas por profesionales formados en diversidad funcional (Fundación A LA PAR, 2021). En el ámbito psicosocial, el deporte actúa como un laboratorio de habilidades adaptativas: la cooperación, el respeto a las reglas y la gestión del éxito o la frustración.

Estas competencias se transfieren posteriormente a la vida cotidiana, favoreciendo la integración en contextos laborales o comunitarios. La participación en ligas deportivas inclusivas, como las promovidas por la Federación Española de Deporte para Personas con Discapacidad Intelectual, o en iniciativas como la Liga Genuine, refuerza el sentido de pertenencia y la autoestima de las personas con DI.

En contextos de adicción, el deporte actúa como sustituto de la estimulación que ofrecía la sustancia, aportando placer, reconocimiento social y regulación emocional.

Por último, los entornos deportivos inclusivos constituyen espacios de desestigmatización, donde las capacidades prevalecen sobre las limitaciones. Este cambio simbólico contribuye directamente a la recuperación psicológica y al empoderamiento personal.

2.11. Deporte y personas en condición de refugiado

Las personas en condición de refugiado experimentan un doble proceso de vulnerabilidad: el trauma del desplazamiento y la adaptación a un entorno nuevo. La práctica deportiva representa

una herramienta poderosa para restaurar la salud mental, reconstruir la identidad y generar integración social (Bauman et al., 2021; Kryszyska et al., 2022).

Desde un enfoque terapéutico, el deporte facilita la expresión emocional no verbal y canaliza la ansiedad postraumática. Actividades como fútbol, voleibol o caminatas grupales fomentan la cohesión social y promueven la sensación de control sobre el propio cuerpo, a menudo perdida tras experiencias de violencia o desplazamiento (UNHCR, 2023).

A nivel psicosocial, la participación deportiva permite reconstruir la confianza en los demás y en las instituciones. Proyectos europeos como Sport for Inclusion Refugees han mostrado reducciones significativas en síntomas de depresión y aislamiento tras seis meses de intervención.

El deporte también promueve la creación de comunidades interculturales donde se normaliza la convivencia y se desactivan prejuicios.

En el ámbito preventivo, el ejercicio actúa como barrera ante el consumo de sustancias derivado del trauma. Al ofrecer placer natural y estructura, reemplaza conductas de evitación o automedicación.

El deporte colectivo tiene además un componente simbólico: reinstaura la sensación de pertenencia y contribuye a la dignidad del individuo como sujeto activo y valioso.

En España, iniciativas de Cruz Roja y CEAR han implementado programas deportivos comunitarios que combinan ejercicio físico con acompañamiento psicosocial, logrando un impacto positivo tanto en la población refugiada como en la comunidad de acogida.

El deporte ofrece así un espacio de sanación colectiva: donde la palabra es insuficiente, el movimiento se convierte en medio de comunicación, expresión y esperanza. Integrar la actividad física en los programas de intervención con personas en condición de refugiado no es solo una cuestión de bienestar, sino de derechos humanos.

2.12. Programas de deporte considerando las necesidades específicas de género

La investigación científica ha demostrado que hombres y mujeres experimentan la adicción de manera diferente: desde el tipo de sustancia consumida y las razones del consumo hasta los factores desencadenantes de recaída y la respuesta al tratamiento. En consecuencia, sus necesidades durante el proceso de recuperación difieren de forma significativa:

- Las mujeres suelen enfrentar mayores niveles de estigmatización, presentan con más frecuencia antecedentes de trauma (especialmente violencia basada en el género) y pueden tener responsabilidades relacionadas con el cuidado de hijos u otras personas dependientes.
- Los hombres pueden experimentar dificultades para expresar emociones, presión social para mostrarse “fuertes” y una infradetección de trastornos de salud mental concomitantes.

Estas diferencias también se reflejan en las preferencias deportivas, en los niveles de comodidad y en las barreras de acceso a la actividad física. Por ello, integrar una perspectiva sensible al género en los programas deportivos no es un lujo, sino una necesidad.

Los primeros hallazgos indican que:

- Pocos programas están diseñados explícitamente teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- Las mujeres suelen preferir actividades holísticas y no competitivas, como yoga, danza o caminatas grupales, especialmente en contextos informados por el trauma.
- Los hombres tienden a participar más en deportes competitivos, aunque pueden beneficiarse significativamente de programas que incorporen el desarrollo de habilidades emocionales.
- Las personas LGBTQ+ manifiestan con frecuencia sentirse excluidas o inseguras en entornos deportivos tradicionales.

3. Proyectos deportivos para servicios asistenciales dedicados al tratamiento de adicciones y patología dual

Los criterios de acceso a la práctica deportiva, especialmente en contextos que incluyen intervenciones de prevención y tratamiento de las adicciones, tienen como objetivo garantizar la inclusión y la seguridad de todas las personas, así como reconocer posibles necesidades específicas relacionadas con determinadas patologías.

En el ámbito sanitario, la atención a la calidad de los servicios prestados es relativamente reciente. La calidad debe ser garantizada por la organización dentro de la cual opera el profesional. Por ello, el proyecto dedicado al deporte debe definir de forma clara e inequívoca los instrumentos que se utilizarán para garantizar dicha calidad.

La humanización de las intervenciones, la empatía y el respeto hacia el paciente son aspectos que forman parte de la calidad, pero que la trascienden, y deberían constituir una práctica intrínseca de todo profesional sanitario.

Las fases del ciclo de calidad que define los contenidos de cada intervención sanitaria siguen el ciclo de Deming:

- Análisis de los factores: fase preparatoria de la planificación. Por ejemplo, es necesario comprender la población diana con sus características clínicas y/o sociales y las necesidades de salud que expresa.
- Competencias: los recursos humanos disponibles deben considerarse tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. También deben tenerse en cuenta los voluntarios.
- Otros recursos: es fundamental registrar los recursos financieros, bienes o servicios disponibles, para comprender qué es posible y qué no, y poder elaborar un plan realista de los costes previstos.
- Planificación 1: definición de los objetivos que se desean alcanzar. Estos pueden distribuirse en el tiempo, pero siempre deben contar con un marco temporal y expresarse de forma medible, para poder evaluar de manera lo más objetiva posible si se han alcanzado.

- Planificación 2: definición de las acciones e intervenciones que se desean implementar. En esta fase se establecen las actividades, los tiempos, los métodos de ejecución, etc. La planificación debe incluir la estrategia educativa o terapéutica que se pretende seguir y la manera en que se utilizará el entorno con este fin.

La evaluación es una parte esencial de todo proyecto. Cada proyecto debe incluir un conjunto de indicadores que permitan valorar si se están alcanzando los objetivos preestablecidos y analizar aspectos relevantes como la satisfacción de los pacientes, el consumo de recursos y la calidad de las actividades. La evaluación también sirve para reajustar el proyecto.

La programación y la evaluación deben compartirse. La evaluación final debe documentarse por escrito e incluir los datos en los que se basa.

Es esencial elaborar previamente el proyecto individual del paciente, ya sea terapéutico, rehabilitador o educativo.

Es importante evitar que una adicción patológica favorezca el desarrollo de otra. Hausenblas y Downs (2002) identificaron los criterios de la adicción al ejercicio físico. La adicción al deporte es una conducta en la que la persona desarrolla una dependencia excesiva de la actividad física, hasta el punto de afectar negativamente su vida cotidiana, social o laboral. Quienes la padecen tienden a ignorar la fatiga o el riesgo de lesión para continuar practicando actividad física de manera compulsiva. Este tipo de entrenamiento intensivo puede provocar un esfuerzo excesivo con consecuencias perjudiciales tanto físicas como psicológicas.

3.1. Protocolo sobre los criterios de acceso:

La participación en un programa de deporte rehabilitador requiere una evaluación previa rigurosa que garantice la seguridad, la idoneidad clínica y la adecuación del perfil del usuario a las actividades propuestas. Este protocolo de acceso cumple una doble función: por un lado, identificar factores de riesgo que podrían interferir con la práctica deportiva; y por otro, establecer las bases para una intervención personalizada, adaptada a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de cada persona. Para ello, se combinan entrevistas clínicas, pruebas estandarizadas y requisitos administrativos que aseguran un marco seguro, ético y coordinado de participación.

- Entrevista inicial y administración de un cuestionario anamnético.
- Evaluación de la presencia de trastornos del control de impulsos.
- Evaluación de síntomas de ansiedad.
- Evaluación de síntomas de abstinencia y craving relacionados con el consumo de sustancias o con adicciones comportamentales.

Existen algunas pruebas que pueden facilitar la recogida de información cuando no se conoce directamente a la persona:

- Test para la evaluación de síntomas de ansiedad: STAI Y1/Y2.
- Test para la evaluación del estado depresivo: BDI-II.
- Evaluación de diferentes adicciones: ABQ – Addictive Behavior Questionnaire.
- Evaluación de conductas autolesivas, comportamientos hiperactivos o agresivos, problemas relacionados con alucinaciones y delirios, consumo de alcohol o drogas, y estado de ánimo deprimido: HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales.

Asimismo, se requiere:

- Recogida de datos personales (código fiscal, tarjeta sanitaria).
- Certificado de aptitud médica del médico de atención primaria, con renovación anual.
- Inscripción y autorización escrita de participación por parte del Administrador de Apoyo/Tutor Legal/Familiar/Paciente, con renovación anual.
- Autorización del psiquiatra de referencia o de la Dirección Sanitaria para la participación en proyectos deportivos internos o externos orientados a la estabilización del cuadro clínico, con renovación anual.
- Alianza terapéutica adecuada.
- Cumplimiento adecuado de las normas sociales.
- Vestimenta adecuada según la estación.
- Firma del consentimiento de privacidad para el uso y difusión de datos clínicos y material promocional.
- Prevención del desarrollo de una adicción al deporte.

Es necesario evaluar el acceso de voluntarios o técnicos, que pueden no ser conscientes de cómo una palabra, una actitud o incluso un silencio pueden generar malestar o problemas. Incluso el estímulo y el refuerzo deben expresarse de manera adecuada. Por ello, resulta fundamental una formación específica de los voluntarios, a cargo del equipo profesional, como una de las fases preparatorias del proyecto.

Otras medidas organizativas incluyen:

- Creación de grupos de comunicación (correo electrónico, WhatsApp u otros) para inscripciones, confirmaciones o cancelaciones.
- Posibilidad de que los pacientes abandonen el proyecto si así lo desean.
- Provisión de material deportivo para alquiler o compra.
- Administración del cuestionario de calidad de vida SF-36 con fines de investigación sobre la eficacia clínica.
- Organización del transporte y designación de responsables del mismo.
- Creación de un equipo sanitario de campo compuesto por profesionales de la salud mental: técnicos en rehabilitación psiquiátrica, educadores, psicólogos, médicos y enfermeros.
- Respeto de las normas específicas de cada disciplina deportiva.
- Garantía de los principios de equidad e inclusión.
- Definición de la frecuencia de las salidas (mensuales, quincenales o semanales) y de posibles pernoctaciones fuera del domicilio.
- Administración de un cuestionario de satisfacción.

3.2. Evaluación de los programas de ejercicio

Una vez implementado el programa deportivo, resulta imprescindible contar con un sistema de evaluación que permita valorar su impacto real, identificar áreas de mejora y ajustar las intervenciones a la evolución de cada participante. La evaluación no solo permite medir resultados clínicos y funcionales, sino también garantizar la calidad del proyecto, justificar su continuidad y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia. Para ello se utilizan indicadores objetivos y herramientas validadas que reflejan tanto la participación como los cambios en salud física, bienestar psicológico y calidad de vida.

Indicadores de éxito:

- Asistencia: registro de la participación en las sesiones.
- Condición física: evaluación mediante pruebas validadas.
- Calidad de vida: cuestionarios como el WHOQOL-BREF.
- Nivel semanal de actividad física: cuestionarios como el IPAQ.

3.3. Integración de los equipos sociosanitarios

La efectividad de un programa deportivo rehabilitador depende en gran medida de la coordinación interdisciplinar entre los diferentes profesionales implicados. El trabajo conjunto entre entrenadores, terapeutas, educadores, personal sanitario y otros agentes facilita un enfoque integral que aborda tanto los aspectos físicos como los psicológicos y sociales del proceso de recuperación. Esta integración garantiza coherencia terapéutica, continuidad asistencial y un acompañamiento adaptado a las necesidades de cada participante.

Estrategias de comunicación:

- Reuniones mensuales de seguimiento.
- Informes sobre el progreso de los participantes.
- Derivación a recursos de integración comunitaria según necesidades específicas.
- Aplicación de habilidades para la vida a través del deporte (Sport Skills – Life Skills).

4. Fichas actividades protocolo deportivo:

4.1. Actividad de Fitness

Departamento responsable de la actividad: Terapia Ocupacional.

Profesionales responsables de la actividad: Dinamizadores / Facilitadores de actividades.

Horario: viernes, de 10:15 a 13:00.

Descripción de la actividad:

La actividad de Fitness es una propuesta deportiva de carácter comunitario y transversal, diseñada para apoyar a los usuarios en el mantenimiento y refuerzo de las rutinas adquiridas durante el ingreso hospitalario.

Se ofrece acompañamiento individualizado que permite a los participantes aplicar los ejercicios aprendidos y trabajar con diferentes materiales y equipamientos, como máquinas de musculación, bandas elásticas y ejercicios con el propio peso corporal, favoreciendo la continuidad de hábitos saludables y la autonomía.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Garantizar la generalización de hábitos saludables y la promoción de un estilo de vida activo.
- Favorecer la interiorización de rutinas adecuadas centradas en la actividad física, combinando trabajo cardiovascular, ejercicios de fortalecimiento y estiramientos.
- Ofrecer estrategias para la reducción del estrés, el apoyo a la regulación emocional y el refuerzo de la autoestima.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Usuarios pertenecientes al Área de Recuperación.
- Demostrar motivación y capacidad para participar de forma segura en actividades de acondicionamiento físico.

Criterios de exclusión:

- Limitación física grave o condición médica que impida la participación segura.
- Alteraciones conductuales que interfieran en la seguridad o en el funcionamiento del grupo.

Metodología:

Las sesiones se realizan semanalmente en el gimnasio comunitario de Baldiri Aleu.

Las actividades incluyen entrenamiento cardiovascular, ejercicios en máquinas, estiramientos y fortalecimiento funcional.

Las sesiones se adaptan a las necesidades físicas y emocionales de cada participante, garantizando la seguridad, promoviendo la autonomía y favoreciendo la adherencia a las rutinas de actividad física.

Evaluación de la actividad:

Se realiza una evaluación observacional continua a lo largo del programa, centrada en la participación, la evolución, la tolerancia física, la regulación emocional y el mantenimiento de las rutinas.

Documentación:

- Registro de asistencia.
- Informes individuales de funcionamiento ocupacional.

Características de la actividad:

Duración	165 minutos
Número de sesiones	1 sesión semanal
Horario	Viernes, de 10:15 a 13:00 h
Lugar	Gimnasio en la comunidad/ centro deportivo “_____”
Material necesario	Equipamiento deportivo, máquinas de musculación, bandas elásticas y material de entrenamiento individualizado
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional continua, basada en la participación, evolución física, regulación emocional y adherencia a las rutinas
Coste de la actividad	Uso de instalaciones y material deportivo

4.2. Actividad de Ejercicios con el Propio Peso Corporal

Tipo de actividad: Interior / exterior. Actividad grupal

Departamento responsable de la actividad: Pacientes hospitalizados para el tratamiento de adicciones patológicas

Profesionales responsables de la actividad: Educador físico / Técnicos en rehabilitación psiquiátrica

Descripción de la actividad:

El proyecto de ejercicios con el propio peso corporal surge como respuesta a la necesidad de integrar la actividad física dentro del programa de rehabilitación de personas hospitalizadas por adicciones patológicas.

La experiencia clínica y la literatura científica evidencian que el movimiento, especialmente cuando se realiza en entornos naturales y no competitivos, constituye una herramienta terapéutica eficaz que complementa las intervenciones psicológicas y médicas tradicionales.

Objetivos de la actividad:**Objetivos generales:**

La actividad física, especialmente al aire libre, aporta un apoyo fundamental a los programas de rehabilitación de adicciones gracias a:

- Reducción de la ansiedad y mejora de la regulación emocional.
- Incremento de la autoestima y de la conciencia corporal.
- Refuerzo de la motivación para el cambio.
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Aumento de la tolerancia al estrés.
- Fomento de la socialización y la cooperación entre los participantes.
- Promoción del bienestar psicofísico a través de la práctica regular de actividad física.

Objetivos específicos:

- Mejora del bienestar psicofísico mediante ejercicios con el propio peso corporal.
- Reducción de los síntomas de *craving* a través de la actividad física regular.
- Incremento de la capacidad de funcionar dentro de un grupo y respeto de las normas compartidas.
- Reducción de estados emocionales de tensión, ansiedad e irritabilidad relacionados con el proceso de abstinencia.
- Apoyo a la estabilización psicoemocional durante la abstinencia.
- Refuerzo de la autoestima, la motivación personal para el cambio y la percepción de autoeficacia.
- Consolidación de hábitos saludables y actividades alternativas a la adicción.

Criterios de inclusión y exclusión:**Criterios de inclusión:**

- Pacientes con capacidades psicomotrices preservadas.
- Motivación y disposición para participar y cumplir las normas establecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitan movimientos seguros.
- Ausencia de intoxicación activa o alteraciones relacionadas con el consumo reciente de alcohol u otras sustancias.

Criterios de exclusión:

- Condición física incompatible con la seguridad de la actividad motora.
- Alteraciones psicológicas o conductuales graves (agitación, agresividad, crisis emocionales).
- Baja motivación o falta de cooperación, incluyendo dificultad para seguir normas o conflictos activos con otros pacientes.

Metodología:

La actividad se basa en ejercicios con el propio peso corporal, caracterizados por movimientos simples, fácilmente adaptables y libres de componentes competitivos, favoreciendo una participación tranquila y segura por parte de todos los usuarios.

El programa sigue un principio de progresión gradual, con un aumento progresivo de la intensidad y complejidad de los ejercicios, respetando el ritmo individual y favoreciendo la mejora continua.

Las sesiones tienen una duración variable, generalmente entre 45 y 60 minutos, con una frecuencia de dos sesiones semanales.

En condiciones meteorológicas favorables, la actividad se desarrolla al aire libre en la zona verde del centro.

Los grupos están dirigidos por un profesional cualificado, con adaptaciones individualizadas según la situación clínica y física de cada participante.

Cada sesión finaliza con un espacio de reflexión y puesta en común, orientado a integrar la experiencia y reconocer las sensaciones corporales y emocionales emergentes.

Características de la actividad:

Duración	30–45 minutos
Número de sesiones	2 sesiones semanales
Lugar	Espacios interiores o exteriores, en la zona verde del centro
Material necesario	Colchonetas (en caso de realizar ejercicios en el suelo)
Evaluación de la actividad	Espacio final de reflexión y puesta en común para valorar la experiencia, las sensaciones corporales y emocionales y el bienestar psicofísico percibido.
Coste de la actividad	Colchonetas

4.3. Actividad de Ping Pong

Tipo de actividad: Interior / exterior. Actividad grupal

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización

Profesionales responsables de la actividad: Educador físico / Técnicos en rehabilitación psiquiátrica

Descripción de la actividad:

El ping pong es una actividad deportiva de bajo impacto, accesible y altamente motivadora, que favorece el bienestar físico y mental. En programas de rehabilitación del alcoholismo y otras adicciones, contribuye a la mejora de las habilidades motoras, la socialización, la gestión del estrés y el desarrollo de alternativas saludables a las conductas adictivas.

Objetivos de la actividad

Objetivos generales:

Promover la recuperación física y psicológica del paciente y su bienestar global mediante la práctica regular de ping pong, apoyando la adopción de estilos de vida saludables y el desarrollo de dinámicas relacionales positivas.

- Fomentar la actividad física.
- Educar en hábitos de vida saludables.
- Promover la interacción social entre los participantes.

Objetivos específicos:

- Mejora del bienestar psicofísico a través de la actividad motora.
- Reducción de estados emocionales de tensión, ansiedad e irritabilidad vinculados al proceso de abstinencia.
- Apoyo a la estabilización psicoemocional durante la abstinencia.
- Refuerzo de la autoestima, la motivación personal para el cambio y la percepción de autoeficacia.



- Ofrecer una alternativa funcional para la gestión de estados emocionales negativos y del *craving*.
- Estimular la socialización entre iguales.
- Fomentar dinámicas de cooperación y el respeto de las normas.
- Mejorar las habilidades comunicativas y la asertividad.
- Consolidación de hábitos saludables y de actividades alternativas a la adicción.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidades psicomotoras preservadas.
- Motivación y disposición para participar y cumplir las normas establecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitan movimientos seguros y el uso de la raqueta.
- Ausencia de intoxicación activa o alteraciones derivadas del consumo reciente de alcohol u otras sustancias.

Criterios de exclusión:

- Condición física incompatible con la seguridad de la actividad.
- Alteraciones psicológicas o conductuales graves (agitación, agresividad, crisis emocionales).
- Baja motivación o falta de cooperación, incluyendo dificultad para seguir normas o conflictos activos con otros pacientes.

Metodología:

La metodología se basa en un enfoque progresivo y adaptable, ajustando la dificultad e intensidad del juego a las capacidades físicas y psicológicas de cada participante.

Las sesiones se desarrollan en un entorno seguro y controlado, con mesas reglamentarias y material adecuado. La actividad se organiza en parejas o pequeños grupos para favorecer la interacción social, la cooperación y una competición positiva.

La duración de las sesiones es variable, generalmente entre 45 y 60 minutos, con una frecuencia de dos sesiones semanales.

En condiciones meteorológicas favorables, la actividad puede realizarse al aire libre en la zona verde de la clínica.

Los grupos están dirigidos por un educador cualificado, con adaptaciones individualizadas en función de la situación clínica y física de los pacientes.

Al inicio y al final de cada sesión se reserva un breve espacio de diálogo y puesta en común sobre el bienestar percibido, con el objetivo de favorecer la conciencia emocional y el seguimiento del estado anímico de los participantes.

Características de la actividad:

Duración	30/45 minutos
Número de sesiones	2 por semana
Lugar	Interior o exterior
Material necesario	Mesa de ping pong, palas, pelotas
Evaluación de la actividad	Al inicio y al final de cada sesión se reserva un breve espacio de diálogo y puesta en común sobre el bienestar percibido, con el objetivo de fomentar la conciencia emocional y supervisar el estado emocional de los participantes.



Coste de la actividad	Coste del material para el juego
-----------------------	----------------------------------

4.4. Actividad de Running

Tipo de actividad: Exterior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización.

Profesionales responsables de la actividad: Educador físico / Técnicos en rehabilitación psiquiátrica.

Descripción de la actividad:

La actividad de Running se integra dentro del programa de ocio terapéutico y ofrece un espacio de entrenamiento grupal orientado a la preparación progresiva para la realización de una carrera de 5 km o 10 km.

La metodología es progresiva y requiere un nivel adecuado de esfuerzo y motivación. La actividad se complementa con dinámicas de cohesión grupal y participación en actividades comunitarias, favoreciendo la adquisición de hábitos saludables y el fortalecimiento físico y psicosocial de los participantes.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Fomentar y promover la práctica regular de ejercicio físico.
- Educar en hábitos de vida saludables.
- Favorecer la socialización entre los participantes.

Objetivos específicos:

- Promover la integración de rutinas saludables en la vida diaria.
- Mejorar las capacidades psicomotrices favoreciendo una mayor autonomía física.
- Ofrecer alternativas estructuradas de actividad física saludable.
- Prevenir enfermedades cardiovasculares.
- Fortalecer las estructuras osteomusculares.
- Mejorar la resistencia y el fondo cardiovascular.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidades psicomotrices conservadas.
- Mostrar interés o un grado suficiente de motivación para realizar la actividad.

Criterios de exclusión:

- Presencia de conductas disruptivas.
- Discurso delirante que dificulte el seguimiento adecuado de la actividad.
- Signos de descompensación psicopatológica que puedan aumentar los factores de riesgo, tanto para el propio paciente como para el grupo.

Metodología:

Se trata de una actividad comunitaria de intensidad moderada-alta. El profesional responsable diseña y dirige el entrenamiento en función de las características del grupo, teniendo en cuenta el nivel de dificultad, la distancia a recorrer, el ritmo de carrera y las condiciones climatológicas. El entrenamiento es progresivo, con el objetivo final de completar una carrera de 5 km o 10 km. Durante el desarrollo de la actividad está prohibido fumar. Los participantes deben utilizar indumentaria adecuada (ropa y calzado cómodos); de forma opcional pueden llevar gorra y agua.



Se realizan dos sesiones semanales en turno de mañana. Los grupos pueden variar en composición según disponibilidad y evolución de los usuarios.

El enfoque de la actividad de Running evoluciona progresivamente, orientándose no solo a la mejora de la salud general, sino también al fortalecimiento del sistema osteomuscular y al trabajo específico del fondo cardiovascular.

Características de la actividad

Duración	60–90 minutos
Número de sesiones	2 sesiones semanales
Lugar	Espacios exteriores y recorridos comunitarios
Material necesario	Ropa y calzado deportivo adecuados. Agua y gorra (opcional).
Evaluación de la actividad	Valoración continua mediante observación de la participación, la evolución física y la capacidad de adaptación al entrenamiento. Espacios de diálogo grupal para recoger el bienestar percibido.
Coste de la actividad	—

4.5. Actividad de Nordic Walking

Tipo de actividad: Exterior / interior. Actividad grupal / individual.

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización.

Profesionales responsables de la actividad: Educador físico / Educador social / Auxiliar de enfermería.

Descripción de la actividad:

Dentro del programa de ocio terapéutico, se ofrece un espacio de activación física mediante recorridos comunitarios que requieren un esfuerzo físico moderado. La actividad se complementa con una pausa para realizar un desayuno ligero, favoreciendo la participación social y la cohesión grupal.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Fomentar y promover la práctica de ejercicio físico.
- Educar en hábitos de vida saludables.
- Favorecer y promover la interacción social entre los participantes.

Objetivos específicos:

- Promover la integración de rutinas saludables en la vida diaria.
- Mejorar las habilidades psicomotrices, favoreciendo una mayor autonomía física.
- Ofrecer rutinas que ayuden a romper el hábito tabáquico.
- Prevenir enfermedades cardiovasculares.
- Prevenir el sobrepeso.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidades psicomotrices preservadas.
- Mostrar interés o un grado suficiente de motivación para participar en la actividad.

Criterios de exclusión:

- Presencia de conductas disruptivas.
- Discurso delirante que dificulte la participación en la actividad.
- Signos de descompensación psicopatológica que puedan incrementar los factores de riesgo durante la actividad, tanto para el propio paciente como para el resto del grupo.

Metodología:

Se trata de una actividad comunitaria de intensidad moderada-alta. El profesional responsable propone distintas rutas en cada sesión en función de las características del grupo, teniendo en cuenta el nivel de dificultad, la distancia a recorrer, el ritmo de marcha y las condiciones meteorológicas. Las distancias habituales oscilan entre 3 y 6 km.

Durante el desarrollo de la actividad no está permitido fumar. Los participantes deben llevar indumentaria adecuada (ropa y calzado cómodos); de forma opcional, pueden llevar gorra y agua.

Se realiza una sesión semanal en turno de mañana, pudiendo variar la composición de los grupos.

La denominación “Nordic Walking” responde al objetivo de evolucionar progresivamente la metodología, incorporando el uso de bastones específicos para el trabajo de la fuerza musculoesquelética y el equilibrio.

Características de la actividad

Duración	90 minutos
Número de sesiones	1 sesión semanal
Lugar	Recorridos comunitarios exteriores y espacios accesibles
Material necesario	Bastones de Nordic Walking
Evaluación de la actividad	Evaluación antes y después de cada sesión. Tanto los usuarios como el profesional valoran la actividad desde un punto de vista subjetivo, atendiendo al bienestar percibido y al desarrollo de la sesión.
Coste de la actividad	—

4.6. Actividad de Aquagym

Departamento responsable de la actividad: Terapia Ocupacional.

Profesional responsable de la actividad: Terapeuta Ocupacional.

Ámbito de actuación: Salud y Bienestar.

Descripción de la actividad:

La actividad de Aquagym consiste en sesiones de ejercicio físico en medio acuático orientadas a promover la salud física y el bienestar general. A través de ejercicios adaptados y de bajo impacto, se fomenta la práctica regular de actividad física de forma segura, eficiente y motivadora, favoreciendo la instauración de hábitos saludables a largo plazo.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Promover e interiorizar hábitos de vida saludables mediante la práctica regular de ejercicio físico.



- Enseñar pautas para el entrenamiento y el mantenimiento de rutinas de ejercicio moderado.
- Fomentar la práctica continuada de actividad física de manera adecuada y eficaz, con el objetivo de establecer hábitos saludables a largo plazo.
- Mejorar la coordinación motora global, el ritmo y la agilidad.
- Mantener y mejorar la flexibilidad, la resistencia y el tono muscular.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Mostrar interés y motivación para participar en la actividad.
- Usuarios sin patología orgánica grave ni contraindicaciones médicas para la práctica de ejercicio físico.

Criterios de exclusión:

- Discapacidad o disfunción grave que impida la participación en la actividad física.
- Alteraciones conductuales que interfieran en el funcionamiento del grupo.

Metodología:

Las sesiones de Aquagym se realizan semanalmente en las instalaciones deportivas del centro deportivo: “_____”

Las actividades se desarrollan en grupos reducidos y se adaptan a la condición física y funcional de cada participante. El equipo de terapia ocupacional identifica previamente las necesidades, capacidades y consideraciones de seguridad.

Las sesiones combinan trabajo aeróbico, estiramientos, ejercicios de movilidad y fortalecimiento de bajo impacto, garantizando siempre una adaptación individualizada según el nivel funcional de cada usuario.

Evaluación de la actividad

Se mantiene un clima grupal muy positivo. La actividad favorece la participación, refuerza las relaciones sociales y potencia el apoyo mutuo entre los participantes. Las sesiones se llevan a cabo en la piscina deportiva del centro.

Características de la actividad

Duración	45 minutos
Número de sesiones	1 sesión semanal
Lugar	Instalaciones deportivas “_____” · Piscina del centro
Material necesario	Material acuático básico (churros, tablas, elementos de flotación)
Evaluación de la actividad	Valoración continua por el equipo de Terapia Ocupacional, atendiendo a la participación, evolución funcional y bienestar percibido por los usuarios.
Coste de la actividad	Uso de la piscina e instalaciones deportivas

4.7. Actividad de Fútbol Comunitario / Intrahospitalario

Departamento responsable de la actividad: Terapia Ocupacional.

Profesional responsable de la actividad: Terapeuta Ocupacional.

Ámbito de actuación: Salud y Bienestar.

**Descripción de la actividad:**

La actividad de Fútbol se incluye dentro del programa de rehabilitación de las unidades hospitalarias como uno de los módulos de actividad física de referencia. Permite a los participantes formar parte de un equipo, disfrutar de un deporte ampliamente practicado y trabajar múltiples habilidades físicas y motoras que difícilmente se abordan en otros contextos. El carácter grupal de la actividad favorece la socialización entre participantes que comparten un interés común por el fútbol, reforzando las relaciones interpersonales y el sentimiento de pertenencia al grupo.

Objetivos de la actividad:**Objetivos generales:**

- Normalizar el fútbol como una actividad deportiva inclusiva para usuarios interesados en la práctica de ejercicio físico grupal.
- Promover la salud cardiovascular, muscular y respiratoria mediante la práctica regular.
- Reforzar el sentimiento de pertenencia y la percepción de ser miembros valiosos de un grupo.
- Fomentar la cohesión grupal, evitando el individualismo y el excesivo protagonismo, priorizando el juego limpio frente a la competitividad.
- Aprender, practicar e interiorizar las normas explícitas e implícitas del juego.
- Promover hábitos saludables antes y después de la actividad física, incluyendo higiene y vestimenta adecuada.

Objetivos de las salidas comunitarias:

- Generalizar los objetivos anteriores en entornos comunitarios externos.
- Fomentar el uso adecuado de los recursos comunitarios, respetando instalaciones y material deportivo.
- Facilitar la interacción con usuarios de otros centros a partir de un interés compartido por el deporte.

Criterios de inclusión y exclusión:**Criterios de inclusión:**

- Usuarios motivados para formar parte de un grupo deportivo.
- Usuarios sin patología orgánica grave ni contraindicaciones médicas para la práctica de actividad física.

Criterios de exclusión:

- Discapacidad o disfunción grave que impida la participación segura en la actividad física.
- Conductas disruptivas o invasivas que interfieran en el funcionamiento del grupo.

Metodología

La actividad de fútbol se estructura en dos modalidades complementarias:

Actividad intrahospitalaria:

Sesiones semanales de entrenamiento mixto que se realizan en la pista de fútbol sala del hospital, bajo la supervisión de dos profesionales de apoyo clínico, quienes observan la interacción, el trabajo en equipo y la dinámica grupal.

Actividad comunitaria:

Sesiones semanales en instalaciones deportivas municipales dirigidas a participantes que demuestran compromiso y buena adaptación en la actividad intrahospitalaria. Los partidos comunitarios con otros centros siguen los mismos criterios de participación.

Nota:

Para cualquier salida comunitaria, los profesionales de referencia deben aportar información

relevante de cada usuario (habilidades de la vida diaria, aspectos conductuales, capacidades sociales, etc.) con el fin de garantizar una práctica segura y coordinada.

Evaluación de la actividad

Se realiza un seguimiento observacional de la evolución de los pacientes. La actividad mantiene un clima muy positivo, refuerza las relaciones entre iguales y es altamente valorada por los participantes.

El terapeuta ocupacional, junto con el auxiliar, elabora la lista de candidatos, mientras que el equipo médico evalúa la idoneidad final de participación.

Características de la actividad

Duración	60–165 minutos (según modalidad)
Número de sesiones	2 sesiones semanales
Horario	Martes 10:30–11:30 · Entrenamiento intrahospitalario Jueves 10:15–13:00 · Entrenamiento comunitario)
Lugar	Pista de fútbol sala del hospital. Gimnasio en la comunidad/ centro deportivo “_____”
Población	Pacientes que cumplen criterios
Método	Grupo cerrado y dirigido
Material necesario	Material deportivo y equipamiento de fútbol
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional continua de la participación, evolución, dinámica grupal y comportamiento
Documentación	Registro de asistencia. Registro individual de funcionamiento ocupacional
Coste de la actividad	Uso de instalaciones deportivas y material

* La decisión final sobre la participación en salidas comunitarias corresponde siempre al Terapeuta Ocupacional.

4.8. Actividad de Terapia de Montaña

Tipo de actividad: Aire libre. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Unidad de hospitalización. Unidad ambulatoria.

Profesionales responsables de la actividad: Educador físico / Técnicos en rehabilitación psiquiátrica / Guía de montaña cualificado.

Descripción de la actividad:

A través de actividades estructuradas al aire libre en entornos de montaña, se fomenta en los participantes la mejora del bienestar físico y mental, el desarrollo de la conciencia emocional y el fortalecimiento de las habilidades sociales y relacionales. El objetivo general es potenciar la autoeficacia, la autonomía y la resiliencia, ofreciendo un enfoque holístico para la rehabilitación de las adicciones.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

Promover la recuperación y el bienestar global de pacientes con adicción patológica mediante experiencias terapéuticas y rehabilitadoras en entornos naturales de montaña.

- Fomentar y promover la actividad física.
- Educar en hábitos de vida saludables.
- Favorecer y promover la interacción social entre los participantes.

Objetivos específicos:

- Mejorar la gestión del estrés y de las emociones mediante prácticas de *mindfulness*, ejercicios de respiración y actividades al aire libre.
- Fortalecer las habilidades sociales y relacionales de los participantes a través de actividades grupales y ejercicios de *team building*.
- Fomentar la autoeficacia, la motivación personal y la autonomía mediante el senderismo y talleres vivenciales.
- Promover comportamientos saludables y responsables, también a través de actividades de educación ambiental.
- Mejora del estado de ánimo y reducción de síntomas de estrés o ansiedad.
- Incremento de las habilidades relacionales y de gestión del estrés.
- Autoevaluación positiva del progreso personal.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidades psicomotoras preservadas.
- Motivación y disposición para participar y cumplir las normas establecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitan desplazamientos seguros.
- Ausencia de intoxicación activa o alteraciones relacionadas con el consumo reciente de alcohol u otras sustancias.

Criterios de exclusión:

- Condiciones físicas no compatibles con la seguridad de la actividad.
- Alteraciones psicológicas o conductuales graves (agitación, agresividad, crisis emocionales).
- Baja motivación o falta de cooperación, incluyendo dificultades para seguir normas o conflictos activos con otros pacientes.

Metodología:

El proyecto está dirigido a adultos de entre 18 y 65 años diagnosticados de adicción patológica. La participación es voluntaria y requiere consentimiento informado, con selección basada también en la compatibilidad del estado de salud física para realizar actividad moderada al aire libre.

Las actividades previstas incluyen paseos terapéuticos y senderismo suave, ejercicios de respiración en la naturaleza. Se anima a cada participante a mantener un cuaderno personal de terapia de montaña, donde registrar emociones, reflexiones y progresos.

La evaluación y el seguimiento se realizan al inicio, a mitad y al final del programa, mediante sesiones de devolución individuales y grupales que permiten reflexionar sobre las experiencias y los logros alcanzados. A través de este enfoque inmersivo y de apoyo, la Terapia de Montaña pretende ofrecer una experiencia transformadora que combine el poder restaurador de la naturaleza con un acompañamiento terapéutico estructurado, favoreciendo una recuperación duradera de la adicción.

Características de la actividad

Duración	3 horas
Número de sesiones	Una sesión cada 15 días
Lugar	Zonas de montaña seguras y accesibles, con senderos naturales. Refugios o puntos de descanso equipados para emergencias.



Material necesario	Mochilas. Bastones de trekking. Mapas. Botiquines de primeros auxilios.
Evaluación de la actividad	Valoración y devolución mediante sesiones de reflexión individual y grupal para analizar la experiencia vivida.
Coste de la actividad	Seguro para los participantes. Costes de transporte.

4.9. Actividad de Escalada Terapéutica

Tipo de actividad: Interior / exterior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización.

Profesionales responsables de la actividad: Instructor de escalada titulado / Terapeuta (TO, psicólogo o educador físico).

Ámbito de actuación: Salud · Rehabilitación de adicciones · Bienestar psicofísico.

Descripción de la actividad:

La escalada terapéutica es una actividad física y experiencial que combina ejercicio, desafío controlado y trabajo emocional. Gracias a sus características, permite trabajar la toma de decisiones, la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y la confianza interpersonal, aspectos clave en los procesos de rehabilitación de las adicciones.

La actividad se desarrolla en un entorno seguro y estructurado, donde los participantes se enfrentan a retos progresivos que favorecen el autoconocimiento, la responsabilidad personal y la sustitución de patrones adictivos por conductas saludables.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Favorecer la rehabilitación psicosocial mediante una actividad física estructurada y segura.
- Sustituir patrones de conducta adictiva por experiencias saludables y reguladas.
- Promover la autoeficacia, la confianza en uno mismo y la resiliencia.

Objetivos específicos:

- Fomentar la responsabilidad y la toma de decisiones, evaluando riesgos y consecuencias antes de actuar.
- Incrementar la conciencia sobre las consecuencias de las acciones, reforzando la relación causa-efecto.
- Mejorar la atención, la concentración y la fortaleza mental, clave en la gestión del *craving*.
- Aprender a gestionar el miedo y el estrés en un entorno controlado y seguro.
- Fortalecer la confianza y las habilidades de comunicación, mediante el trabajo en pareja y en grupo.
- Reducir conductas impulsivas y de riesgo, desarrollando un enfoque planificado y consciente del riesgo.
- Activar el sistema de recompensa de forma saludable, a través del ejercicio físico y el logro personal.
- Mejorar la conciencia corporal, la autoestima y la percepción de autoeficacia.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Usuarios motivados para participar en actividades físicas grupales.
- Capacidad física y psicológica compatible con la práctica de escalada básica.
- Aceptación de normas de seguridad y trabajo en equipo.

Criterios de exclusión:

- Condiciones médicas que contraindiquen la actividad (problemas cardiovasculares graves, lesiones activas).
- Trastornos psicológicos descompensados que dificulten la seguridad o la cooperación.
- Conductas impulsivas graves que comprometan el cumplimiento de normas.

Metodología:

La actividad se desarrolla siguiendo un enfoque progresivo, terapéutico y estructurado:

- Rutas sencillas y alturas bajas al inicio.
- Progresión gradual en dificultad e intensidad.
- Trabajo en parejas (escalador–asegurador) para fomentar la confianza y la comunicación.
- Espacios de reflexión antes y después de la sesión para integrar la experiencia emocional.

La escalada se utiliza como metáfora terapéutica para trabajar situaciones reales de la vida cotidiana relacionadas con la gestión del riesgo, la frustración y la toma de decisiones.

Seguridad y gestión del riesgo:

- Supervisión profesional constante por instructores cualificados.
- Revisión periódica del material técnico.
- Normas claras de seguridad (aseguramiento, comunicación, límites).
- Evaluación médica y terapéutica previa de los participantes.
- Ratio profesional/usuario adecuada para garantizar el control.

Evaluación de la actividad:

Seguimiento observacional continuo centrado en:

- Participación y cumplimiento de normas.
- Evolución en la gestión emocional y del estrés.
- Capacidad de toma de decisiones y control de la impulsividad.
- Trabajo en equipo y habilidades relacionales.
- Percepción de bienestar y autoeficacia.

Características de la actividad:

Duración	90–120 minutos
Número de sesiones	1 sesión semanal
Lugar	Rocódromo interior o pared de escalada exterior
Población	Personas en proceso de rehabilitación de adicciones
Método	Actividad grupal dirigida, progresiva y terapéutica
Material necesario	Arnés, cuerdas, casco, pies de gato, mosquetones, sistemas de aseguramiento
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional y espacios de reflexión terapéutica
Coste de la actividad	Uso de instalaciones, material técnico y personal especializado

Conclusión:

La escalada terapéutica es una herramienta altamente eficaz para trabajar aspectos clave en la rehabilitación de las adicciones. Su combinación de desafío físico, regulación emocional y trabajo interpersonal permite una intervención profunda, segura y motivadora, facilitando el cambio conductual y el fortalecimiento personal.

4.10. Actividad de Esquí Alpino Terapéutico

Tipo de actividad: Exterior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización.

Profesionales responsables de la actividad: Instructor de esquí titulado / Terapeuta (TO, psicólogo o educador físico).

Ámbito de actuación: Salud · Rehabilitación de adicciones · Bienestar psicofísico y social.

Descripción de la actividad:

El esquí alpino terapéutico es una actividad deportiva al aire libre que combina ejercicio físico intenso, conexión con la naturaleza y un alto nivel de concentración. Estas características lo convierten en una herramienta complementaria de gran valor dentro de los procesos de rehabilitación de las adicciones.

La práctica del esquí favorece el establecimiento de rutinas saludables, la reducción del estrés, el fortalecimiento de la autoestima y la creación de vínculos sociales positivos, siempre dentro de un marco profesional, estructurado y seguro.

Objetivos de la actividad:**Objetivos generales:**

- Favorecer el bienestar físico y emocional de personas en proceso de rehabilitación de adicciones.
- Ofrecer experiencias alternativas saludables al consumo de sustancias.
- Reforzar la motivación, la autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos:

- Estimular el sistema de recompensa de forma natural, mediante la liberación de endorfinas asociadas a la actividad física.
- Reducir estrés y ansiedad, favoreciendo estados emocionales más estables.
- Potenciar la atención plena y la concentración, a través del enfoque constante que requiere el esquí.
- Mejorar la salud física general y la instauración de rutinas activas.
- Reforzar la autoestima y el sentimiento de logro, al adquirir y mejorar habilidades técnicas.
- Fomentar la conexión con la naturaleza, como elemento regulador y restaurador.
- Promover la socialización y el apoyo entre iguales, reduciendo el aislamiento social.

Criterios de inclusión y exclusión:**Criterios de inclusión:**

- Personas en proceso de rehabilitación de adicciones con motivación para participar.
- Condición física compatible con la práctica básica de esquí alpino.
- Aceptación y cumplimiento de normas de seguridad.

Criterios de exclusión:

- Contraindicaciones médicas para la práctica de deporte en entorno de montaña.
- Descompensaciones psicológicas que comprometan la seguridad propia o del grupo.
- Conductas impulsivas graves o dificultades para respetar normas.



Metodología:

La actividad se desarrolla dentro de un enfoque terapéutico, progresivo y supervisado:

- Inicio con ejercicios básicos y pistas de baja dificultad.
- Progresión gradual según capacidades físicas y emocionales.
- Sesiones grupales con acompañamiento técnico y terapéutico.
- Espacios de reflexión para integrar la experiencia física y emocional.

El esquí se utiliza también como metáfora terapéutica para trabajar la gestión del riesgo, la tolerancia a la frustración, la perseverancia y la toma de decisiones conscientes.

Aplicación práctica en la rehabilitación

El esquí alpino se integra como complemento a los programas terapéuticos tradicionales:

- Sesiones de “esquí terapéutico” guiadas por profesionales.
- Cambio de entorno respecto a los espacios clínicos habituales.
- Aprendizaje de estrategias de afrontamiento y regulación emocional en entornos reales.

La actividad no sustituye a la terapia psicológica ni al tratamiento médico, sino que actúa como herramienta complementaria.

Evaluación de la actividad:

Seguimiento observacional centrado en:

- Participación y adaptación a la actividad.
- Gestión emocional y del estrés.
- Capacidad de concentración y autocontrol.
- Interacción social y cohesión grupal.
- Percepción subjetiva de bienestar y logro personal.

Características de la actividad:

Duración	Jornada completa o sesiones de 3–5 horas
Número de sesiones	Programación puntual o intensiva (según temporada)
Lugar	Estación de esquí alpino
Población	Personas en proceso de rehabilitación de adicciones
Método	Actividad grupal dirigida y supervisada
Material necesario	Equipo de esquí (esquí, botas, casco, ropa térmica)
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional y espacios de reflexión terapéutica
Coste de la actividad	Forfaits, material, transporte y personal especializado

Conclusión:

El esquí alpino terapéutico constituye una intervención complementaria de alto valor en la rehabilitación de las adicciones. Su combinación de actividad física, atención plena, contacto con la naturaleza y experiencia grupal favorece el bienestar integral, el desarrollo personal y la consolidación de hábitos saludables, siempre dentro de un marco profesional y seguro.

4.11. Actividad de Raquetas de Nieve

Tipo de actividad: Exterior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Unidad ambulatoria / Unidad de hospitalización.

Profesionales responsables de la actividad: Guía de montaña / Terapeuta (TO, psicólogo o educador físico).

Ámbito de actuación: Salud · Rehabilitación de adicciones · Bienestar físico, emocional y social.

Descripción de la actividad:

La marcha con raquetas de nieve es una actividad de montaña invernal que combina ejercicio físico moderado, contacto directo con la naturaleza y experiencias grupales estructuradas. Su integración en programas de rehabilitación de adicciones permite trabajar la regulación emocional, la atención plena, la adquisición de rutinas saludables y el fortalecimiento de la autoeficacia.

La actividad se desarrolla en un entorno natural controlado, ofreciendo experiencias intensas y positivas sin el uso de sustancias, favoreciendo procesos de cambio y recuperación sostenidos.

Objetivos de la actividad

Objetivos generales:

- Favorecer la recuperación física y psicológica de personas con adicciones.
- Promover alternativas saludables y estructuradas al consumo de sustancias.
- Reforzar la autoestima, la autonomía y la adherencia al tratamiento.

Objetivos específicos:

- Mejorar la salud física general, reduciendo estrés y ansiedad mediante actividad aeróbica moderada.
- Fomentar la atención plena y la presencia, a través del contacto con el entorno natural y la conciencia corporal.
- Establecer estructura y rutina saludable, rompiendo patrones caóticos asociados a la adicción.
- Potenciar la interacción social y el sentimiento de pertenencia, mediante dinámicas grupales.
- Incrementar la autoeficacia y el sentimiento de logro, al superar recorridos y retos personales.
- Reducir el aislamiento social, uno de los principales factores de riesgo de recaída.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas en proceso de rehabilitación de adicciones con motivación para participar.
- Condición física compatible con caminatas moderadas en terreno nevado.
- Capacidad para seguir normas básicas de seguridad y trabajo en grupo.

Criterios de exclusión:

- Contraindicaciones médicas para la actividad física en entorno de montaña invernal.
- Descompensaciones psicológicas que puedan comprometer la seguridad del grupo.
- Conductas impulsivas graves o dificultad para respetar límites y normas.

Metodología:

La actividad se desarrolla con un enfoque terapéutico, progresivo y supervisado:

- Selección de rutas adaptadas al nivel físico y emocional del grupo.
- Ritmo controlado, con pausas frecuentes y apoyo constante.
- Acompañamiento profesional tanto técnico como terapéutico.
- Uso del recorrido como espacio para el trabajo emocional y relacional.

La experiencia se completa con espacios de reflexión grupal, donde se integran las vivencias físicas y emocionales dentro del proceso terapéutico.

Integración en el tratamiento de adicciones

El Snowshoeing puede incorporarse:

- Como parte de programas residenciales (salidas terapéuticas planificadas).
- En fases posteriores a la desintoxicación, centradas en la rehabilitación psicosocial.
- Dentro de programas ambulatorios, mediante salidas de fin de semana o sesiones intensivas.

La actividad no sustituye a la intervención clínica tradicional, sino que actúa como complemento terapéutico.

Seguridad y manejo del riesgo:

- Supervisión por guías de montaña y profesionales terapéuticos cualificados.
- Planificación de rutas según capacidad del grupo y condiciones meteorológicas.
- Material adecuado y revisión previa del equipo.
- Protocolos claros de seguridad y actuación ante incidencias.

Evaluación de la actividad:

Seguimiento observacional centrado en:

- Participación y adaptación a la actividad.
- Gestión del estrés y regulación emocional.
- Conductas de cooperación y apoyo entre iguales.
- Percepción subjetiva de bienestar, motivación y autoeficacia.

Características de la actividad:

Duración	Media jornada (3–5 horas)
Número de sesiones	Programación puntual o periódica (según temporada)
Lugar	Entorno natural de montaña nevada
Población	Personas en proceso de rehabilitación de adicciones
Método	Actividad grupal dirigida y supervisada
Material necesario	Raquetas de nieve, bastones, ropa térmica, calzado adecuado
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional y reflexión terapéutica grupal
Coste de la actividad	Material, transporte, guías y personal especializado

Conclusión:

La marcha con raquetas de nieve se presenta como una intervención complementaria altamente eficaz en la rehabilitación de adicciones. Ofrece experiencias significativas, saludables y emocionalmente reguladoras en contacto con la naturaleza, reforzando la autoeficacia, la cohesión grupal y la creación de hábitos de vida saludables sin consumo de sustancias.

4.12. Actividad de Baloncesto Adaptado

Tipo de actividad: Interior / exterior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Área de Deporte Inclusivo / Terapia Ocupacional.

Profesionales responsables de la actividad: Monitores deportivos / Terapeutas ocupacionales / Psicopedagogos.

Ámbito de actuación: Educación para la Salud · Bienestar físico, emocional y social.

Descripción de la actividad:

La actividad de Baloncesto Adaptado se plantea como una herramienta educativa, terapéutica y social dirigida a personas con discapacidad intelectual. El baloncesto, como deporte colectivo y dinámico, permite trabajar de forma integrada la salud física, el desarrollo emocional, las habilidades sociales y aspectos cognitivos como la atención, la planificación y la toma de decisiones.

Mediante una metodología inclusiva y adaptada, la actividad promueve la autonomía, la autoestima y la participación activa en la comunidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los participantes.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Fomentar hábitos saludables a través de la práctica regular de actividad física.
- Mejorar la condición física, las habilidades motrices y cognitivas.
- Potenciar la inclusión social, el trabajo en equipo y la autoestima.
- Facilitar experiencias deportivas en un entorno inclusivo, educativo y respetuoso.

Objetivos específicos:

- Mejorar la coordinación motriz gruesa y la condición cardiorrespiratoria.
- Favorecer la atención, la memoria y la planificación mediante situaciones de juego.
- Promover la comunicación, la cooperación y el respeto de normas y turnos.
- Reducir niveles de ansiedad y estrés y favorecer una expresión emocional positiva.
- Reforzar el sentimiento de logro, la motivación y el sentido de pertenencia al grupo.
- Interiorizar hábitos relacionados con la higiene, la hidratación, el descanso y el cuidado corporal.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas con discapacidad intelectual con capacidad para participar en actividades grupales.
- Interés y motivación por la práctica deportiva.

Criterios de exclusión:

- Condiciones médicas o físicas que contraindiquen la práctica segura de actividad física.
- Alteraciones conductuales graves que impidan el funcionamiento del grupo.

Metodología:

La metodología es adaptada, estructurada y centrada en la inclusión:

Reglas simplificadas y adaptaciones según el nivel funcional.

Apoyo visual y verbal constante.

Uso de rutinas estables y reforzamiento positivo.

Grupos reducidos y roles definidos.

Priorizar la inclusión, no la competencia.

Incorporación de monitores, terapeutas ocupacionales o psicopedagogos

Propuesta de actividades:

Actividades y características

1. Lanzamientos al aro
 - Objetivo: Coordinación y precisión
 - Material: Pelotas blandas, aros
 - Adaptaciones: Aros a distintas alturas
2. Juegos por parejas
 - Objetivo: Comunicación y trabajo cooperativo
 - Material: Conos, petos
 - Adaptaciones: Refuerzo visual de instrucciones
3. Mini-partidos
 - Objetivo: Socialización y respeto de normas
 - Material: Canasta adaptada
 - Adaptaciones: Tiempo reducido, equipos mixtos
4. Circuitos motores
 - Objetivo: Salud física y resistencia
 - Material: Conos, colchonetas



- Adaptaciones: Ritmo individualizado

Las sesiones incluyen lanzamientos a canasta, juegos cooperativos, mini-partidos y circuitos motores, con adaptaciones en tiempos, material y ritmo.

Evaluación de la actividad:

La evaluación es continua y se basa en indicadores como:

- Participación activa y asistencia.
- Evolución de habilidades motrices y sociales.
- Incremento de la interacción social y cooperación.
- Adopción de hábitos saludables.
- Bienestar emocional, disfrute y motivación.

Instrumentos:

Fichas de observación, rúbricas adaptadas, cuestionarios visuales, registros de hábitos saludables.

Características de la actividad

Duración	60 minutos por sesión
Número de sesiones	2 entrenamientos semanales + 1 partido mensual
Periodo	8 meses (octubre – mayo)
Lugar	Polideportivo / Instalaciones deportivas adaptadas
Población	Personas con discapacidad intelectual
Método	Grupo reducido, dirigido e inclusivo
Material necesario	Balones adaptados, canastas regulables, conos, petos, colchonetas
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional continua de participación, habilidades, hábitos de salud y bienestar emocional
Coste de la actividad	Uso de instalaciones deportivas, material y desplazamientos (eventos y campeonato final)

4.13. Actividad de Gerontogimnasia Adaptada

Tipo de actividad: Interior. Actividad grupal.

Departamento responsable de la actividad: Terapia Ocupacional / Fisioterapia.

Profesionales responsables de la actividad: Fisioterapeuta / Terapeuta ocupacional / Personal de apoyo y cuidadores.

Ámbito de actuación: Salud · Prevención primaria · Envejecimiento activo y bienestar integral.

Descripción de la actividad:

La Gerontogimnasia es una disciplina de actividad física adaptada especialmente indicada para personas mayores con discapacidad intelectual. A diferencia de otras prácticas físicas convencionales, se caracteriza por su alto grado de adaptabilidad, seguridad y enfoque terapéutico integral.

Mediante ejercicios suaves, estructurados y rítmicos, la actividad contribuye al mantenimiento de la movilidad, la autonomía funcional y el bienestar emocional, favoreciendo un envejecimiento activo, digno y con mayor calidad de vida.

Objetivos de la actividad:

Objetivos generales:

- Mantener y mejorar la movilidad articular y la fuerza muscular.



- Estimular la coordinación motora, el equilibrio y la conciencia corporal.
- Prevenir el deterioro físico, cognitivo y funcional asociado al envejecimiento.
- Fomentar la socialización, el bienestar emocional y el sentido de pertenencia al grupo.

Objetivos específicos:

- Estimular la atención, la memoria funcional y la conexión cuerpo-mente.
- Facilitar la realización de actividades de la vida diaria (AVD).
- Reducir el riesgo de caídas mediante el trabajo del equilibrio y la estabilidad postural.
- Disminuir niveles de ansiedad, estrés y conductas disruptivas.
- Reforzar la autoestima, la motivación y el sentimiento de logro.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores con discapacidad intelectual leve o moderada.
- Capacidad de mantenerse en sedestación o bipedestación con o sin apoyo.
- Disposición para participar en actividades grupales guiadas.

Criterios de exclusión:

- Condiciones médicas que contraindiquen la actividad física, incluso de baja intensidad.
- Descompensaciones físicas o conductuales que comprometan la seguridad durante la sesión.

Metodología:

La metodología es adaptada, segura y centrada en la persona, con un enfoque preventivo y terapéutico:

- Lenguaje sencillo, repetitivo y acompañamiento gestual.
- Ejercicios individualizados según el nivel funcional.
- Uso de materiales lúdicos y seguros (pelotas blandas, pañuelos, bandas elásticas, música).
- Grupos reducidos (6–8 personas) con supervisión constante.
- Refuerzo positivo y rutinas estables para favorecer la adherencia.

Estructura de la sesión (40 minutos):

1. Calentamiento (10 min): movilidad articular y respiración guiada.
2. Parte principal (20 min): fuerza suave, equilibrio, coordinación y juegos motores.
3. Vuelta a la calma (10 min): relajación, estiramientos y atención plena corporal.

Evaluación de la actividad:

La evaluación es continua y observacional, atendiendo a:

- Participación y asistencia.
- Evolución funcional y motriz.
- Bienestar emocional y motivación.
- Interacción social y comportamiento en grupo.

La información se utiliza para ajustar las sesiones y prevenir riesgos.

Cronograma Mensual de Gerontogimnasia Adaptada

Semana 1

Día	Actividad principal	Objetivos específicos	Materiales
Lunes	Circuito de movilidad básica	Valorar rango articular, resistencia y tolerancia al ejercicio	Aros, conos
Miércoles	Marcha asistida + fuerza de piernas	Fortalecer cuádriceps y mejorar el equilibrio estático	Sillas, pelotas



Viernes	Pelotas + música (estiramientos)	Estimular coordinación óculo-manual y favorecer la relajación	Pelotas blandas, música
----------------	----------------------------------	---	-------------------------

Semana 2

Día	Actividad principal	Objetivos específicos	Materiales
Lunes	Ejercicios con pañuelos y música	Mejorar coordinación rítmica y conciencia corporal	Pañuelos, música
Miércoles	Circuito con obstáculos	Fomentar equilibrio dinámico y atención	Conos, colchonetas
Viernes	Juegos por parejas	Reforzar memoria motora e interacción social	Música, tarjetas visuales

Semana 3

Día	Actividad principal	Objetivos específicos	Materiales
Lunes	Lanzamientos con pelotas de colores	Estimular discriminación visual y coordinación	Pelotas de colores
Miércoles	Ejercicios con bandas elásticas	Mejorar fuerza muscular y movilidad del tren superior	Bandas elásticas
Viernes	Secuencia de pasos con colores/números	Estimulación cognitiva: atención y orientación espacial	Tapetes o papeles marcados

Semana 4

Día	Actividad principal	Objetivos específicos	Materiales
Lunes	Circuito favorito del grupo	Reforzar aprendizajes y fomentar la autoestima	Aros, pelotas
Miércoles	Mini-Olimpiada adaptada	Valorar progreso físico y funcional de forma lúdica	Estaciones de ejercicios
Viernes	Relajación guiada + entrega de diplomas	Favorecer un cierre positivo y reducir ansiedad	Música suave, diplomas

Características de la actividad:

Duración	40 minutos
Número de sesiones	3 sesiones semanales
Lugar	Sala polivalente del centro / espacio terapéutico
Población	Personas mayores con discapacidad intelectual
Método	Grupo reducido, dirigido y adaptado
Material necesario	Sillas estables, pelotas blandas, bandas elásticas, pañuelos, conos, música
Evaluación de la actividad	Evaluación observacional continua del estado físico, cognitivo y emocional
Coste de la actividad	Material terapéutico básico

Conclusión:

La gerontogimnasia es una de las actividades físicas más adecuadas para personas mayores con discapacidad intelectual, ya que combina ejercicio moderado, seguridad, dinámicas grupales y un alto valor terapéutico y preventivo. Su integración sistemática como medida de prevención primaria favorece la autonomía, retrasa el deterioro funcional y mejora el bienestar global.

5. Conclusiones generales

Las evidencias presentadas en el documento permiten afirmar que el deporte constituye una intervención terapéutica integral, capaz de actuar simultáneamente sobre los planos neurobiológico, psicológico y social de la recuperación de las adicciones y la patología dual.

En primer lugar, los fundamentos científicos muestran que la actividad física contribuye a restaurar sistemas de recompensa deteriorados, promover la neuroplasticidad y mejorar el equilibrio emocional, elementos clave en la reducción del craving y la prevención de recaídas.

Desde el punto de vista psicológico, el deporte fortalece la autoeficacia, regula la ansiedad y consolida hábitos de autocuidado. El marco teórico revisado (modelo Transteórico, Autodeterminación, resiliencia y capital social) explica cómo estas actividades favorecen la transición hacia comportamientos saludables, incrementan la motivación intrínseca y permiten reconstruir una identidad desvinculada de la adicción.

En el ámbito social, la práctica deportiva se revela como un medio privilegiado para generar integración, sentido de pertenencia y redes comunitarias de apoyo. Esto resulta especialmente relevante para colectivos vulnerables como las personas con discapacidad intelectual o en condición de refugiado, para quienes el deporte actúa como herramienta de inclusión, empoderamiento y dignificación.

El análisis de buenas prácticas en los distintos niveles asistenciales evidencia que la actividad física puede implementarse de forma coherente a lo largo de todo el proceso terapéutico, desde la atención primaria hasta las comunidades terapéuticas. La combinación de intervenciones adaptadas, supervisión profesional, planes individualizados y mecanismos de adherencia constituye un modelo eficaz y sostenible.

Además, los riesgos potenciales (como el desarrollo de adicción al ejercicio) pueden ser prevenidos mediante protocolos rigurosos de evaluación, criterios de acceso, supervisión clínica y formación del personal.

En conjunto, el documento sostiene que el deporte no es únicamente un complemento, sino un elemento esencial y transversal del abordaje contemporáneo de las adicciones. Su institucionalización dentro de los servicios de salud mental y de los programas de rehabilitación representa un paso necesario para garantizar un enfoque holístico, inclusivo y basado en derechos humanos. La evidencia disponible respalda su integración como herramienta terapéutica de primer nivel, con beneficios comprobados en la recuperación, la funcionalidad y la calidad de vida.

6. Bibliografía

AAIDD (2017) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 12th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Angelucci, F., Ricci, E., Padua, L., Sabino, A. and Tonali, P. (2019) 'Neurobiological mechanisms of exercise in addiction recovery', *Neuroscience Letters*, 712, pp. 134–145.

APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asensio-Hernández, J. and Martín, A. (2022) 'Capital social e inclusión a través del deporte en poblaciones vulnerables', *Revista Española de Psicología Social*, 37(2), pp. 115–133.

Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

Barrantes-Brais, K., García-Ramírez, M., y Salas, D. (2021) 'El deporte como medio para la inclusión y la salud mental en personas con discapacidad intelectual', *Psicología y Salud*, 31(1), pp. 41–58.

Bauman, Z., Smith, J. y Fernández, A. (2021) 'Trauma, desplazamiento y resiliencia: perspectivas sobre salud mental en personas en condición de refugiado', *Revista de Intervención Psicosocial*, 25(3), pp. 212–231.

CEAR (2022) *Programa Deporte y Refugio: Evaluación de Impacto 2021–2022*. Málaga: Comisión Española de Ayuda al Refugiado.

Deci, E.L. and Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.

Diener, E. (2000) 'Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index', *American Psychologist*, 55(1), pp. 34–43.

Farde, L., Ramírez, A. and Sánchez, M. (2018) 'Physical exercise as a complement to therapy in addiction treatment centers', *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), pp. 105–129.

Fundación A LA PAR (2021) *Deporte e Inclusión: Evaluación de Impacto de Programas Adaptados en Discapacidad Intelectual*. Madrid: Fundación A LA PAR.

García, R., Domínguez, J. and López, I. (2022) 'Prescripción de ejercicio físico en atención primaria: resultados del programa PAPPS', *Atención Primaria*, 54(3), pp. 145–153.

GIESAD (2018) *Guía de intervención en adicciones y discapacidad intelectual*. Madrid: Grupo de Investigación en Salud y Adicciones (GIESAD).

González-Sánchez, M., López-Torrecillas, F. y Pérez-García, M. (2020) 'Ejercicio físico y neuroplasticidad en el tratamiento de adicciones', *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), pp. 51–64.

Krysinska, K., Burkhardt, J. and Tran, T. (2022) 'Sport as a tool for social inclusion of refugees: Evidence from European community programs', *Journal of Refugee Studies*, 35(4), pp. 754–773.

López-Romero, A. e Iglesias, J. (2020) 'Ejercicio físico, sueño y abstinencia: una revisión de intervenciones recientes', *Revista Española de Psicología Aplicada*, 12(1), pp. 65–80.

López-Torrecillas, F. y Rueda, R. (2016) 'Deporte y resiliencia: estrategias psicológicas en la prevención de recaídas', *Psicothema*, 28(3), pp. 214–222.

Lox, C.L., Martin, K.A. and Petruzzello, S.J. (2019) *The Psychology of Exercise: Integrating Theory and Practice*. 4th ed. New York: Routledge.

Martín-Doménech, A. and Peiró-Pérez, I. (2021) 'Adaptación de programas deportivos en atención a personas con discapacidad intelectual', *Revista de Psicología y Educación Especial*, 18(2), pp. 87–101.

Morral, F., Gil, R. y López, V. (2025) 'Actividad física y salud mental en entornos residenciales: revisión sistemática', *Revista de Salud Comunitaria*, 41(1), pp. 12–37.

Proyecto Hombre (2021) *Evaluación de resultados del programa de deporte terapéutico 2019–2021*. Granada: Fundación Proyecto Hombre.

Ramírez, C., Torres, P. y Varela, M. (2020) 'El deporte como terapia complementaria en adicciones: resultados en unidades clínicas españolas', *Revista de Intervención Psicológica*, 32(2), pp. 87–106.

Reche García, R. (2019) 'El modelo transteórico de cambio aplicado al ejercicio físico en rehabilitación de adicciones', *Revista Española de Psicología del Deporte*, 28(4), pp. 145–161.

Rodríguez-Martos, A. (2017) *Modelo biopsicosocial y adicciones: bases teóricas y estrategias clínicas*. Barcelona: Socidrogalcohol.

UNHCR (2023) *Sport for Protection Toolkit: Programming with Young People in Forced Displacement Settings*. Ginebra: United Nations High Commissioner for Refugees.

Wang, X., Chen, Z., Liu, J. and Zhao, Y. (2021) 'Exercise as a neuroprotective intervention in substance use disorders', *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, pp. 1–12.

Sport for Inclusion Refugees (2023) Informe de resultados del proyecto europeo Sport for Inclusion Refugees 2023. Bruselas: Comisión Europea.

Cruz Roja Española (2023) Informe anual de programas deportivos comunitarios para personas refugiadas. Madrid: Cruz Roja.



Co-funded by
the European Union

Protocollo sui benefici dell'attività fisica nelle terapie di trattamento delle dipendenze

2025



RESTART

RESTART Project

Rehabilitative Sport contributing To
Addictions Recovery Treatments



Finanziato dall'Unione Europea. Le opinioni e i punti di vista espressi sono tuttavia esclusivamente quelli dell'autore/degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea o dell'Agenzia esecutiva per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione Europea né l'EACEA possono essere ritenute responsabili per essi.



INDICE:

1.	Introduzione.....	4
2.	Dipendenze e sport: concetti.....	4
2.1.	Dipendenza, disabilità intellettiva e condizione di rifugiato.....	4
2.2.	Quadro teorico dello sport e del recupero.....	5
2.3.	Modello transtheoretico del cambiamento	5
2.4.	Teoria dell'autodeterminazione.....	5
2.5.	Teoria del benessere soggettivo e resilienza	5
2.6.	Capitale sociale e senso di appartenenza.....	5
2.7.	Dimensione psicosociale dello sport	7
2.8.	Buone pratiche e livelli di assistenza	8
2.8.1.	Assistenza primaria.....	8
2.8.2.	Assistenza secondaria	8
2.8.3.	Assistenza terziaria	9
2.9.	Sport e doppia diagnosi.....	9
2.9.1.	Dipendenze da sostanze	9
2.9.2.	Dipendenze non legate a sostanze	9
2.9.3.	Benefici dello sport nel recupero dalla doppia diagnosi.....	10
2.9.4.	Applicazioni pratiche	10
2.10.	Sport e disabilità intellettiva	12
2.11.	Sport e rifugiati.....	13
2.12.	Programmi sportivi che tengono conto delle esigenze specifiche di genere.....	14
3.	Progetti sportivi per servizi di assistenza dedicati al trattamento delle dipendenze e delle patologie doppie.....	15
3.1.	Protocollo sui criteri di accesso:	16
3.2.	Valutazione dei programmi di esercizio fisico	17
3.3.	Integrazione delle équipes socio-sanitarie.....	17
4.	Schede attività protocollo sportivo.....	18
4.1.	Attività di fitness.....	18



4.2.	Attività di esercizi con il proprio peso corporeo	19
4.3.	Attività di ping pong	21
4.4.	Attività di corsa.....	22
4.5.	Attività di nordic walking.....	24
4.6.	Attività di acquagym.....	25
4.7.	Attività di calcio comunitario/intraospedaliero	26
4.8.	Attività di terapia di montagna.....	28
4.9.	Attività di arrampicata terapeutica.....	29
4.10.	Attività di sci alpino terapeutico.....	31
4.11.	Attività con racchette da neve.....	33
4.12.	Attività di pallacanestro adattata	35
4.13.	Attività di ginnastica adattata per anziani	37
5.	Conclusioni generali.....	39
6.	Bibliografia	41

1. Introduzione

La dipendenza non è più considerata una semplice deviazione comportamentale, ma è oggi concepita come un disturbo complesso di natura biopsicosociale. In questo quadro integrativo, lo sport è emerso come uno strumento terapeutico con molteplici benefici comprovati. Diverse ricerche hanno dimostrato che l'attività fisica regolare ha un effetto positivo sulla riduzione del desiderio di consumare (craving), sul miglioramento dell'umore, sul rafforzamento delle abilità sociali e sul consolidamento di abitudini salutari (López-Torrecillas e Rueda, 2016; González-Sánchez et al., 2020).

In popolazioni particolarmente vulnerabili, come le persone con disabilità intellettiva (DI) e i rifugiati, lo sport svolge anche una funzione inclusiva e riabilitativa che va oltre l'aspetto fisiologico, influenzando positivamente sull'autostima, l'integrazione nella comunità e la qualità della vita (Barrantes-Brais et al., 2021; UNHCR, 2023). Il suo carattere universale, strutturante e simbolicamente significativo lo rende un mezzo ideale per l'intervento psicosociale in contesti di vulnerabilità, dove il recupero richiede non solo l'astinenza, ma anche la ricostruzione dell'identità e della socialità.

In questo documento verrà affrontato, in primo luogo, il quadro teorico che sostiene la relazione tra attività fisica, motivazione e cambiamento comportamentale. In secondo luogo, verranno spiegati i fondamenti neurobiologici e psicologici che spiegano gli effetti dello sport nel recupero dalle dipendenze. Successivamente, saranno sviluppate la dimensione psicosociale dell'esercizio fisico, il suo ruolo nel trattamento della dipendenza, le buone pratiche e gli adattamenti clinici nei diversi livelli di assistenza (primario, secondario e terziario) e, infine, sarà analizzato il valore dello sport per le persone in condizioni di rifugiato, prima di concludere con le implicazioni terapeutiche e sociali.

2. Dipendenze e sport: Concetti

2.1. Dipendenza, disabilità intellettiva e condizione di rifugiato

La dipendenza, secondo il DSM-5 (APA, 2013), è definita come un modello problematico di consumo di sostanze caratterizzato da perdita di controllo, tolleranza e persistenza nell'uso nonostante le conseguenze negative. In Spagna, Socidrogalcohol ha promosso un approccio biopsicosociale in cui convergono fattori genetici, psicologici e sociali (Rodríguez-Martos, 2017).

La disabilità intellettiva comporta limitazioni significative nel funzionamento intellettuale e nel comportamento adattivo, che si manifestano prima dei 18 anni (AAIDD, 2017). Queste limitazioni influenzano l'autoregolazione emotiva, la pianificazione e la comprensione delle conseguenze, aumentando la vulnerabilità al consumo di sostanze (GIESAD, 2018).

Nel caso delle persone in condizioni di rifugiato, l'esposizione a esperienze traumatiche, la perdita delle reti sociali e lo sfollamento forzato aumentano il rischio di depressione, ansia e comportamenti di dipendenza (Bauman et al., 2021). La pratica sportiva può offrire una via terapeutica di ricostruzione personale e comunitaria, agendo come mezzo di regolazione emotiva e socializzazione.

2.2. Quadro teorico dello sport e del recupero

Il ruolo dello sport nel recupero dalle dipendenze è meglio compreso attraverso l'integrazione di diversi modelli psicologici. Questa prospettiva consente di affrontare i molteplici fattori che intervengono nel processo di cambiamento e adattamento, considerando sia gli aspetti individuali che quelli sociali ed emotivi. Di seguito vengono descritti i principali quadri teorici che fondano la relazione tra attività fisica e recupero, come il Modello Transteorico del Cambiamento, la Teoria dell'Autodeterminazione, la Teoria del Benessere Soggettivo e della Resilienza, nonché il concetto di capitale sociale e senso di appartenenza. L'analisi di questi approcci offre una visione più completa di come lo sport possa agire non solo come strumento terapeutico, ma anche come motore di integrazione, motivazione e crescita personale in diversi contesti di vulnerabilità.

2.3. Modello Transteorico del Cambiamento

Sviluppato da Prochaska e DiClemente, questo modello propone cinque fasi di cambiamento: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento. Lo sport facilita questo transito fornendo rinforzo positivo, feedback osservabile e senso di progresso. In studi spagnoli, l'integrazione di attività fisica strutturata nelle fasi di trattamento ha migliorato significativamente l'aderenza terapeutica (Reche García, 2019).

2.4. Teoria dell'autodeterminazione

Secondo Deci e Ryan (1985), il benessere psicologico dipende da tre bisogni fondamentali: autonomia, competenza e relazione. Lo sport li attiva simultaneamente: promuove l'autonomia consentendo decisioni sul ritmo e sugli obiettivi; sviluppa la competenza mostrando progressi misurabili; e rafforza la relazione attraverso il lavoro di gruppo. Questo equilibrio motivazionale previene le ricadute e rafforza l'impegno verso il recupero.

2.5. Teoria del benessere soggettivo e della resilienza

Il benessere soggettivo è associato alla pratica regolare di attività fisica moderata, che aumenta le emozioni positive e riduce gli stati di ansia e depressione (Diener, 2000). Inoltre, lo sport promuove la resilienza, intesa come la capacità di adattarsi alle avversità e trasformarle in crescita personale (López-Torrecillas e Rueda, 2016).

2.6. Capitale sociale e senso di appartenenza

Lo sport collettivo genera capitale sociale, favorendo legami di fiducia, solidarietà e cooperazione (Asensio-Hernández e Martín, 2022). Nel contesto delle dipendenze, queste reti comunitarie sono fondamentali per sostenere l'astinenza e offrire un ambiente di sostegno alternativo alla cerchia dei consumatori.

Fondamenti neurobiologici e psicologici dello sport come scudo contro la dipendenza

L'esercizio fisico svolge un ruolo fondamentale nella regolazione dei sistemi neurobiologici coinvolti nella dipendenza, agendo sui sistemi dopaminergico, serotoninergico ed endorfinico, responsabili della modulazione dei neurotrasmettitori legati al piacere, alla motivazione e al benessere emotivo (Angelucci et al., 2019). La pratica regolare di attività fisica induce un rilascio controllato di dopamina e serotonina, che contribuisce a ripristinare l'equilibrio neurochimico alterato dal consumo cronico di sostanze. Questo effetto neuroregolatore è particolarmente

rilevante nelle fasi iniziali del recupero, quando il sistema di ricompensa cerebrale è compromesso e la motivazione per attività non correlate al consumo è bassa.

Allo stesso modo, l'esercizio fisico provoca un aumento significativo del fattore neurotrofico derivato dal cervello (BDNF), una proteina essenziale per la neuroplasticità e la sopravvivenza neuronale. L'aumento del BDNF favorisce la rigenerazione dei neuroni e l'adattamento cognitivo, compensando così il danno corticale e subcorticale causato dall'abuso prolungato di droghe (Wang et al., 2021). Il miglioramento della neuroplasticità si traduce in una maggiore capacità di sviluppare nuove strategie di coping, migliorare la memoria e il processo decisionale, elementi chiave nella prevenzione delle ricadute.

Da un punto di vista psicologico, la pratica sportiva rafforza l'autocontrollo e l'autoefficacia, concetti sviluppati da Bandura (1997), che risultano essenziali nel processo di recupero. La definizione e il raggiungimento di obiettivi progressivi durante l'attività fisica rafforza la percezione di competenza e riduce il senso di impotenza che spesso accompagna le persone in situazione di dipendenza. Questo rinforzo positivo stimola la motivazione intrinseca e facilita la transizione verso stili di vita più sani.

Lo sport, inoltre, funge da alternativa funzionale al consumo di sostanze nella regolazione emotiva. Offrendo uno sfogo naturale per incanalare emozioni negative come ansia, rabbia o frustrazione, l'attività fisica si consolida come risorsa terapeutica per la gestione dello stress e la prevenzione di episodi di consumo compulsivo. Le prove suggeriscono che la pratica sportiva regolare migliora la tolleranza alla frustrazione e promuove lo sviluppo di capacità di coping adattive, riducendo così la vulnerabilità alle situazioni di rischio.

Un altro effetto neurobiologico rilevante è la capacità dell'esercizio fisico di ripristinare i ritmi circadiani alterati dalla dipendenza. L'attività fisica contribuisce a normalizzare i cicli sonno-veglia, migliora la qualità del sonno e riduce la fatica, con ripercussioni positive sull'equilibrio neuroendocrino e sull'umore generale. Questi cambiamenti fisiologici non solo alleviano i sintomi associati all'astinenza, ma rafforzano anche i sistemi biologici che sostengono la stabilità e la resilienza psicologica a lungo termine.

È importante sottolineare che l'integrazione dello sport nei programmi di trattamento delle dipendenze favorisce l'aderenza terapeutica e la riduzione dell'impulsività, aspetti critici per mantenere l'astinenza e ottenere un recupero duraturo. La combinazione di benefici neurobiologici e psicologici rende lo sport uno scudo multiforme contro la dipendenza, facilitando sia la riparazione cerebrale che la ricostruzione del benessere soggettivo e sociale.

La pratica sportiva e la competizione si sono dimostrate strumenti efficaci di prevenzione e riabilitazione dalla droga, non solo perché rappresentano un'opportunità di aggregazione sociale e divertimento, non solo perché liberano dalla solitudine e dalla noia, non solo perché contribuiscono allo sviluppo delle energie del bambino e al loro controllo, ma soprattutto perché attivano un formidabile processo di crescita e maturazione della personalità e del comportamento dell'adolescente e del giovane.

Aumentando il senso di responsabilità dell'individuo, specialmente negli sport di squadra, e sviluppando la capacità di partecipare in modo costruttivo alle attività sociali e al e di gruppo, lo sport rappresenta senza dubbio una delle strategie più efficaci per la prevenzione e la riabilitazione dalle dipendenze patologiche da sostanze.

Lo sport permette di imparare a rimandare il piacere immediato, la soddisfazione immediata dei propri bisogni e/o desideri, contribuendo così a far interiorizzare nei giovani la consapevolezza di poter controllare meglio la propria impulsività. Lo sport aiuta a incanalare l'aggressività, più concretamente gli impulsi violenti e sadici, insegnando a gestire e controllare il contatto fisico e corporeo con gli altri. I ricercatori di tutto il mondo concordano sul fatto che non c'è nulla di più formativo, in età evolutiva, che praticare sport e partecipare a competizioni, specialmente quelle di squadra.

2.7. Dimensione psicosociale dello sport

Da un punto di vista socio-psicologico, lo sport fornisce struttura, appartenenza e scopo, aspetti essenziali per il reinserimento sociale e il recupero delle persone affette da dipendenze. I programmi sportivi nelle comunità terapeutiche spagnole, come quelli sviluppati da Proyecto Hombre (2021), hanno dimostrato che le attività di gruppo promuovono non solo la cooperazione, l'empatia e la risoluzione non violenta dei conflitti, ma anche lo sviluppo delle capacità comunicative, la gestione delle emozioni e la definizione di norme di convivenza. Partecipando agli sport di squadra, gli individui imparano a rispettare le regole, ad accettare le decisioni di gruppo e a negoziare le differenze, il che rafforza il tessuto sociale e facilita l'adattamento agli ambienti comunitari.

Lo sport, inoltre, agisce come agente trasformativo dell'identità personale. Permette di ricostruire un'identità slegata dall'etichetta di "tossicodipendente", sostituendola con una narrativa di impegno, superamento e disciplina (Lox et al., 2019). Questo processo di risignificazione personale è fondamentale per recuperare l'autostima e il senso di autoefficacia. Attraverso la progressione sportiva, i partecipanti sperimentano risultati tangibili, che rafforzano la loro fiducia e li motivano a mantenere stili di vita sani. La percezione della competenza e il riconoscimento del gruppo contribuiscono a ridurre la stigmatizzazione e a promuovere una più profonda integrazione sociale.

A livello di gruppo, la pratica sportiva genera spazi di interazione positivi, dove la reciprocità e l'aiuto reciproco agiscono come rinforzi sociali. Questi spazi consentono la costruzione di reti di sostegno che trascendono l'ambito sportivo, facilitando lo scambio di esperienze e l'accompagnamento nei momenti di vulnerabilità. La ricostruzione simbolica dell'io sociale, attraverso il riconoscimento e la convalida da parte del gruppo, è essenziale per prevenire le ricadute e consolidare il processo di recupero. Inoltre, lo sport facilita la gestione della frustrazione e la tolleranza alla sconfitta, promuovendo strategie di coping adattive che sono trasferibili ad altri ambiti della vita quotidiana.

D'altra parte, lo sport svolge un ruolo particolarmente importante nell'integrazione comunitaria delle persone con disabilità intellettiva (DI) e dei rifugiati. Per le persone con DI, l'attività fisica adattata favorisce lo sviluppo delle capacità motorie, la comunicazione e l'autoregolazione emotiva, oltre a facilitare l'acquisizione di abitudini salutari e la partecipazione alla vita sociale. I programmi sportivi orientati alla diversità funzionale incorporano metodologie inclusive, promuovendo l'autonomia e il senso di appartenenza.

Nel caso dei rifugiati, lo sport costituisce una via di accesso a esperienze di appartenenza e di riconoscimento sociale, consentendo di superare le barriere linguistiche e culturali. La partecipazione ad attività sportive crea un ambiente sicuro e accogliente, dove si promuovono l'integrazione, la solidarietà e il rispetto della diversità. I benefici documentati includono la

riduzione dei livelli di ansia, il miglioramento del benessere emotivo e l'ampliamento della rete di sostegno sociale, fattori determinanti per facilitare l'adattamento e la creazione di legami nella comunità di accoglienza.

In sintesi, la pratica sportiva apporta molteplici benefici alle persone con disabilità intellettiva e ai rifugiati, promuovendo l'inclusione, il benessere fisico e psicologico e il rafforzamento del capitale sociale.

2.8. Buone pratiche e livelli di assistenza

2.8.1. Assistenza primaria

Nell'assistenza primaria, la pratica sportiva è promossa come strategia fondamentale sia per la prevenzione dei disturbi da dipendenza che per la promozione della salute generale. Secondo il programma PAPPS 2022, viene attribuita grande importanza alla "prescrizione di esercizio fisico" da parte degli operatori sanitari, che raccomandano un'attività fisica adeguata come parte del trattamento integrale dei pazienti (García et al., 2022). Un esempio pratico di questo intervento è la raccomandazione di camminare a passo svelto per almeno 30 minuti al giorno, cinque giorni alla settimana, adattando l'intensità in base alle condizioni fisiche del paziente. Agli anziani si possono suggerire esercizi di mobilità articolare di gruppo nei centri sanitari o nei parchi pubblici.

Gli interventi devono essere personalizzati e adattati al contesto culturale e funzionale del paziente per garantirne l'efficacia. Ad esempio, nelle persone con disabilità intellettiva, l'uso di messaggi visivi chiari, la ripetizione di routine e il coinvolgimento attivo dei familiari o dei caregiver sono essenziali per migliorare l'aderenza al programma. Un caso tipico potrebbe essere l'organizzazione di sessioni di attività fisica in famiglia durante i fine settimana, come giochi con la palla o percorsi di psicomotricità, in collaborazione con centri comunali e associazioni sportive. Allo stesso modo, il supporto di istruttori sportivi specializzati nella diversità funzionale facilita la continuità della pratica e garantisce l'integrazione in attività comunitarie accessibili.

2.8.2. Assistenza secondaria

A livello secondario, rivolto a casi clinici di gravità moderata o grave, lo sport viene utilizzato come terapia complementare insieme a interventi farmacologici e psicologici. L'evidenza scientifica indica che le attività fisiche di gruppo, come i laboratori di yoga terapeutico, il nuoto adattato o le passeggiate di gruppo supervisionate, contribuiscono a ridurre l'impulsività, a stabilizzare l'umore e a rafforzare l'impegno nel trattamento (Ramírez et al., 2020). Ad esempio, nei centri di salute mentale vengono spesso organizzate lezioni settimanali di yoga in cui i partecipanti lavorano sulla respirazione e sul rilassamento, il che li aiuta a gestire lo stress e l'ansia.

Le attività più efficaci in questo contesto sono solitamente quelle che offrono una struttura e consentono di stabilire obiettivi raggiungibili. Ad esempio, un gruppo di pazienti può partecipare a una sfida mensile di passi percorsi, registrando i propri progressi con contapassi e celebrando insieme i risultati ottenuti. Il feedback continuo, come il rilascio di diplomi o il riconoscimento verbale da parte dei professionisti, aumenta la motivazione e rafforza la perseveranza. Inoltre, la pratica regolare di esercizio fisico in gruppo promuove l'interazione sociale e riduce l'isolamento, elemento fondamentale per il recupero psicologico (Farde et al., 2018).

2.8.3. Assistenza terziaria

Nelle comunità terapeutiche e nei centri residenziali, lo sport svolge una funzione strutturante nella vita quotidiana degli utenti. Contribuisce a creare una routine quotidiana, riduce l'insorgere di conflitti interpersonali e rafforza la convivenza tra i residenti. Ad esempio, l'organizzazione di campionati interni di calcio, tornei di pallacanestro o sessioni mattutine di ginnastica sono pratiche abituali che promuovono la collaborazione e il senso di appartenenza al gruppo.

Nelle persone con disabilità intellettiva o patologie doppie, l'attività fisica funge da asse centrale della riabilitazione. Un esempio concreto è la realizzazione di laboratori di danza adattata, dove i partecipanti lavorano sulla coordinazione, l'espressione corporea e l'interazione sociale in un ambiente sicuro e positivo. Queste attività devono essere valutate periodicamente dal team terapeutico per adeguare l'intensità, la durata e gli obiettivi alle esigenze individuali. La letteratura suggerisce che i programmi che combinano l'esercizio fisico con interventi psicosociali, come l'accompagnamento psicologico di gruppo, raggiungono tassi di ritenzione fino al 40% superiori rispetto ai programmi convenzionali, dimostrando la loro efficacia nella riabilitazione e nel reinserimento sociale (Farde et al., 2018).

2.9. Sport e doppia diagnosi

2.9.1. Dipendenze da sostanze

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la comorbidità o doppia diagnosi come la coesistenza, nello stesso individuo, di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico. In generale, la relazione tra la sintomatologia legata al disturbo psichiatrico di una persona e quella legata a una dipendenza patologica può assumere diverse forme. Da un lato, la dipendenza può manifestarsi come conseguenza di un problema psichiatrico (di solito il consumo di sostanze può rappresentare una forma di automedicazione o autoterapia): l'individuo cerca di curare da solo il proprio disturbo mentale e, successivamente, il consumo di sostanze finisce per prevalere.

I pazienti con doppia diagnosi sono quelli che, oltre alla dipendenza patologica, presentano disturbi psichiatrici concomitanti, come disturbo bipolare, schizofrenia, depressione maggiore, disturbo ossessivo-compulsivo o disturbi della personalità. La comorbidità tra abuso di sostanze e disturbi della personalità è associata a un profilo clinico più grave, a una prognosi peggiore e a risultati terapeutici peggiori per entrambi i disturbi (Kokkevi, Facy, 1993).

I disturbi mentali che più frequentemente si presentano in comorbidità con le dipendenze patologiche sono i disturbi dell'umore, specialmente nei soggetti con disturbo bipolare, e i disturbi d'ansia.

2.9.2. Dipendenze non legate a sostanze

Negli ultimi decenni, il concetto di dipendenza ha subito una notevole espansione, estendendosi oltre le dipendenze classiche da sostanze - come droghe e alcol - per includere una serie di comportamenti che possono presentare caratteristiche simili di compulsività e perdita di controllo. Queste dipendenze comportamentali, o "dipendenze non legate a sostanze", includono attività come il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da Internet e dai social media, lo shopping compulsivo, la dipendenza dal sesso o l'uso eccessivo di videogiochi, tra le altre.

Le dipendenze si riferiscono a una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto della dipendenza, senza il quale l'esistenza perde senso. Nel caso specifico delle dipendenze comportamentali, si tratta di una serie di comportamenti disfunzionali in cui l'oggetto della dipendenza non è una sostanza, ma un comportamento specifico. Sono caratterizzate da comportamenti ripetitivi che il soggetto ha difficoltà a controllare, nonostante le conseguenze negative. Come le dipendenze da sostanze, implicano la ricerca compulsiva del comportamento, la tolleranza, la necessità di aumentare l'intensità o la frequenza per ottenere lo stesso effetto, un elevato dispendio di risorse (in termini di tempo, energia e denaro) e sintomi psicologici di astinenza quando si interrompe il comportamento.

Inoltre, le dipendenze comportamentali causano spesso un significativo deterioramento delle relazioni interpersonali, delle prestazioni lavorative e della salute fisica e mentale.

Questo fenomeno ha attirato l'attenzione della comunità scientifica internazionale, evidenziando la necessità di approfondire la comprensione dei meccanismi sottostanti, delle conseguenze per la salute mentale e fisica e delle strategie terapeutiche efficaci. I trattamenti classici, combinati con interventi innovativi come la stimolazione magnetica transcranica, si completano a vicenda per ottenere migliori risultati clinici.

2.9.3. Benefici dello sport nel recupero della doppia diagnosi

Beneficio	Con consumo di sostanze	Senza consumo di sostanze
<i>Salute mentale</i>	Riduce l'ansia, il desiderio compulsivo e la depressione	Diminuisce la compulsività e migliora l'umore
<i>Neurobiologico</i>	Equilibra la dopamina e le endorfine	Potenzia il controllo esecutivo e la concentrazione
<i>Allevia lo stress</i>	Meccanismo di coping salutare	Riduce la disregolazione emotiva
<i>Abilità sociali</i>	Promuove il lavoro di squadra, la routine e i legami	Favorisce interazioni sane di persona
<i>Prevenzione delle ricadute</i>	Sostituisce il rinforzo della sostanza con ricompense naturali	Riduce il tempo di rischio e la ricaduta
<i>Autoefficacia</i>	Aumenta la fiducia e la disciplina	Rafforza la motivazione e il progresso

2.9.4. Applicazioni pratiche

Le applicazioni pratiche dello sport nella riabilitazione dalle dipendenze e dalla doppia diagnosi richiedono una pianificazione rigorosa, un'adeguata selezione delle attività e un adattamento continuo alle esigenze fisiche, psicologiche e sociali di ogni persona. Di seguito vengono descritti in modo approfondito i principali assi per l'implementazione di programmi sportivi efficaci:

Tipi di esercizio e loro utilità terapeutica

a) Esercizio aerobico (corsa, nuoto, ciclismo, camminata veloce)

Favorisce la regolazione dei sistemi dopaminergico e serotoninergico, riducendo il craving e l'ansia.

Migliora la capacità cardiorespiratoria e la qualità del sonno, elementi alterati nelle fasi di astinenza.

Può essere implementato in modo progressivo, individuale e facilmente monitorabile.

Attività consigliate: sessioni di 20-40 minuti, 3-5 volte alla settimana, con aumento graduale dell'intensità.

b) Sport di squadra (calcio, pallacanestro, pallavolo)

Generano capitale sociale, senso di appartenenza e integrazione nella comunità.

Sono particolarmente utili nella ricostruzione dell'identità: dal ruolo di "paziente" al ruolo di "compagno di squadra".

Consentono di lavorare sulle norme, sull'autocontrollo, sulla gestione dei conflitti, sull'accettazione delle regole e sulla resilienza di fronte alla sconfitta.

Consigliati nelle fasi intermedie o avanzate del trattamento, quando c'è una maggiore stabilità clinica.

c) Pratiche mente-corpo (yoga, tai chi, pilates, respirazione guidata)

Riducono l'attivazione fisiologica, l'ansia e la disregolazione emotiva.

Utili nei disturbi d'ansia, traumi, psicosi stabilizzata o alta impulsività.

Favoriscono la consapevolezza corporea, l'autocontrollo e l'autoefficacia.

Sessioni settimanali di 30-60 minuti condotte da professionisti formati in trauma-informed care.

d) Allenamento della forza

Migliora l'autostima attraverso progressi misurabili.

Benefico per la neuroplasticità e la stabilità dell'umore.

Adatto a persone con bassa tolleranza alle attività aerobiche intense.

Può essere eseguito con bande elastiche, peso corporeo o carichi leggeri sotto supervisione.

Contesti di applicazione

Centri di riabilitazione residenziali

Integrazione dello sport nella routine quotidiana (ginnastica mattutina, campionati interni, tornei).

Attività supervisionate che fungono da struttura positiva e preventiva dei conflitti.

Ideale per lavorare sulla convivenza, la tolleranza alla frustrazione e le abitudini salutari.

Servizi ambulatoriali

Sessioni programmate 1-3 volte alla settimana, adattate alla disponibilità e al livello funzionale.

Compiti a casa (ad es. camminare 30 min/giorno) combinati con sfide individuali (uso del contapassi).

Adatto nelle fasi iniziali e di mantenimento del trattamento.

Programmi di follow-up post-dimissione

Attività sportive comunitarie come fattore protettivo contro le ricadute.

Rinvio a club sportivi inclusivi, associazioni comunali o gruppi guidati da pari.

Mantiene legami prosociali e abitudini salutari dopo la dimissione clinica.

Adattamenti necessari

Adattamenti clinici (salute mentale, traumi, disabilità intellettiva):

Sessioni brevi e prevedibili; istruzioni chiare e ripetitive.

Accompagnamento da parte di professionisti formati in materia di diversità funzionale o traumi.

Riduzione degli stimoli nelle persone con psicosi o iperreattività sensoriale.

Routine molto strutturate per persone con disabilità intellettiva o scarsa motivazione.

Adattamenti in base alle condizioni fisiche:

Valutazione medica preliminare e monitoraggio periodico.

Evitare sforzi eccessivi o aumenti improvvisi dell'intensità.
Monitoraggio dei segni di affaticamento, vertigini, alterazioni dell'umore o disregolazione.

Strumenti di coinvolgimento e aderenza

Gruppi guidati da pari: ex pazienti o utenti veterani che fungono da modelli di recupero.
Club sportivi comunitari: accesso a spazi normalizzati, riduzione dello stigma e partecipazione sociale.
Gamification: sfide a passi, registrazione dei progressi, distintivi, diplomi, punteggi visibili.
Monitoraggio digitale: gruppi WhatsApp o altre app per la comunicazione, promemoria e rinforzo.

Considerazioni speciali in base alla diagnosi

Psicosi: evitare dinamiche competitive intense; attività tranquille, prevedibili e supervisionate.
Storia di traumi: ambienti non gerarchici; evitare il contatto fisico non consensuale e gli spazi con rumore eccessivo.
Dipendenze comportamentali: dare priorità alle pratiche in presenza e collettive che regolano l'uso degli schermi.
Bassa motivazione/apatia: attività ludiche, con bassa barriera di ingresso, rinforzate positivamente.

Integrazione programmatica

Inclusione dello sport nei piani terapeutici, nelle riunioni cliniche e negli obiettivi individualizzati.
Coordinamento tra psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali e allenatori.
Revisione periodica dei progressi: assistenza, stato d'animo, sintomi, funzionalità e qualità della vita.

Sinergia terapeutica

Lo sport deve essere sempre considerato un complemento integrato nel trattamento e non un intervento isolato:
Terapie psicologiche: TCC, intervento sul trauma, colloquio motivazionale.
Farmacoterapia: stabilizzazione dell'umore e riduzione dei sintomi.
Interventi psicosociali: gruppi di abilità, accompagnamento comunitario, psicoterapia di gruppo.

2.10. Sport e disabilità intellettiva

Lo sport nelle persone con disabilità intellettiva richiede un approccio adattivo che dia priorità alla comprensione, alla sicurezza e alla motivazione. I programmi più efficaci integrano l'attività fisica in una strategia di sviluppo integrale che comprende salute, autonomia e partecipazione sociale (GIESAD, 2018).

Una sfida crescente in questo gruppo è l'invecchiamento precoce, poiché le persone con disabilità intellettiva (DI) tendono a presentare un declino funzionale e cognitivo anticipato rispetto alla popolazione generale. Questo fenomeno si traduce in una maggiore prevalenza di problemi motori, come la perdita di forza, coordinazione ed equilibrio, nonché in difficoltà cognitive, come il deterioramento della memoria, dell'attenzione e della velocità di elaborazione.

La pratica regolare di attività fisica è fondamentale per contrastare questi effetti. A livello motorio, l'esercizio contribuisce a mantenere la mobilità articolare, la coordinazione e la forza muscolare, aspetti chiave per preservare l'autonomia nelle attività della vita quotidiana. Inoltre, riduce il rischio di cadute e migliora il controllo posturale. A livello cognitivo, diverse ricerche hanno dimostrato che lo sport stimola la plasticità cerebrale, favorisce la concentrazione, la memoria e la capacità di pianificazione e rallenta il deterioramento associato all'età.

I benefici documentati includono miglioramenti nella coordinazione motoria, nel controllo posturale, nella comunicazione e nella capacità di concentrazione (Barrantes-Brais et al., 2021). Inoltre, la pratica regolare di esercizio fisico riduce i livelli di ansia e aggressività, facilitando l'autoregolazione emotiva.

Le attività più adatte sono quelle con una struttura ripetitiva e prevedibile, come il nuoto, il ciclismo, le passeggiate o lo yoga adattato, sempre guidate da professionisti formati in materia di diversità funzionale (Fundación A LA PAR, 2021). In ambito psicosociale, lo sport funge da laboratorio di abilità adattive: cooperazione, rispetto delle regole e gestione del successo o della frustrazione.

Queste competenze vengono poi trasferite nella vita quotidiana, favorendo l'integrazione nei contesti lavorativi o comunitari. La partecipazione a campionati sportivi inclusivi, come quelli promossi dalla Federazione Spagnola dello Sport per Persone con Disabilità Intellettiva, o a iniziative come la Liga Genuine, rafforza il senso di appartenenza e l'autostima delle persone con DI.

In contesti di dipendenza, lo sport agisce come sostituto della stimolazione offerta dalla sostanza, apportando piacere, riconoscimento sociale e regolazione emotiva.

Infine, gli ambienti sportivi inclusivi costituiscono spazi di destigmatizzazione, dove le capacità prevalgono sui limiti. Questo cambiamento simbolico contribuisce direttamente al recupero psicologico e all'empowerment personale.

2.11. Sport e persone in condizioni di rifugiato

I rifugiati vivono un doppio processo di vulnerabilità: il trauma dello sfollamento e l'adattamento a un nuovo ambiente. La pratica sportiva rappresenta un potente strumento per ripristinare la salute mentale, ricostruire l'identità e generare integrazione sociale (Bauman et al., 2021; Krysinska et al., 2022).

Da un punto di vista terapeutico, lo sport facilita l'espressione emotiva non verbale e canalizza l'ansia post-traumatica. Attività come il calcio, la pallavolo o le escursioni di gruppo favoriscono la coesione sociale e promuovono il senso di controllo sul proprio corpo, spesso perso dopo esperienze di violenza o sfollamento (UNHCR, 2023).

A livello psicosociale, la partecipazione sportiva permette di ricostruire la fiducia negli altri e nelle istituzioni. Progetti europei come Sport for Inclusion Refugees hanno mostrato una significativa riduzione dei sintomi di depressione e isolamento dopo sei mesi di intervento.

Lo sport promuove anche la creazione di comunità interculturali in cui la convivenza è normalizzata e i pregiudizi sono disattivati.

In ambito preventivo, l'esercizio fisico funge da barriera al consumo di sostanze derivante dal trauma. Offrendo piacere naturale e struttura, sostituisce comportamenti di evitamento o automedicazione.

Lo sport collettivo ha anche una componente simbolica: ripristina il senso di appartenenza e contribuisce alla dignità dell'individuo come soggetto attivo e prezioso.

In Spagna, iniziative della Croce Rossa e del CEAR hanno implementato programmi sportivi comunitari che combinano l'esercizio fisico con l'accompagnamento psicosociale, ottenendo un impatto positivo sia sulla popolazione rifugiata che sulla comunità ospitante.

Lo sport offre così uno spazio di guarigione collettiva: dove le parole non bastano, il movimento diventa mezzo di comunicazione, espressione e speranza. Integrare l'attività fisica nei programmi di intervento con le persone in condizioni di rifugiato non è solo una questione di benessere, ma di diritti umani.

2.12. Programmi sportivi che tengono conto delle esigenze specifiche di genere

La ricerca scientifica ha dimostrato che uomini e donne vivono la dipendenza in modo diverso: dal tipo di sostanza consumata e dalle ragioni del consumo ai fattori scatenanti della ricaduta e alla risposta al trattamento. Di conseguenza, le loro esigenze durante il processo di recupero differiscono in modo significativo:

- Le donne tendono ad affrontare livelli più elevati di stigmatizzazione, presentano più spesso precedenti di traumi (in particolare violenza di genere) e possono avere responsabilità legate alla cura dei figli o di altre persone a carico.
- Gli uomini possono avere difficoltà a esprimere le proprie emozioni, subire pressioni sociali per mostrarsi "forti" e essere sottodiagnosticati per disturbi di salute mentale concomitanti.

Queste differenze si riflettono anche nelle preferenze sportive, nei livelli di comfort e nelle barriere all'accesso all'attività fisica. Pertanto, integrare una prospettiva sensibile al genere nei programmi sportivi non è un lusso, ma una necessità.

I primi risultati indicano che:

- Pochi programmi sono progettati esplicitamente tenendo conto della prospettiva di genere.
- Le donne tendono a preferire attività olistiche e non competitive, come lo yoga, la danza o le passeggiate di gruppo, soprattutto in contesti caratterizzati da traumi.
- Gli uomini tendono a partecipare maggiormente agli sport competitivi, anche se possono trarre notevoli benefici dai programmi che incorporano lo sviluppo delle abilità emotive.
- Le persone LGBTQ+ spesso dichiarano di sentirsi escluse o insicure negli ambienti sportivi tradizionali.

3. Progetti sportivi per servizi di assistenza dedicati al trattamento delle dipendenze e della doppia diagnosi

I criteri di accesso alla pratica sportiva, specialmente in contesti che includono interventi di prevenzione e trattamento delle dipendenze, mirano a garantire l'inclusione e la sicurezza di tutte le persone, nonché a riconoscere eventuali esigenze specifiche legate a determinate patologie.

Nel settore sanitario, l'attenzione alla qualità dei servizi forniti è relativamente recente. La qualità deve essere garantita dall'organizzazione all'interno della quale opera il professionista. Pertanto, il progetto dedicato allo sport deve definire in modo chiaro e inequivocabile gli strumenti che saranno utilizzati per garantire tale qualità.

L'umanizzazione degli interventi, l'empatia e il rispetto verso il paziente sono aspetti che fanno parte della qualità, ma che la trascendono, e dovrebbero costituire una pratica intrinseca di ogni professionista sanitario.

Le fasi del ciclo di qualità che definiscono i contenuti di ogni intervento sanitario seguono il ciclo di Deming:

- Analisi dei fattori: fase preparatoria della pianificazione. Ad esempio, è necessario comprendere la popolazione target con le sue caratteristiche cliniche e/o sociali e le esigenze sanitarie che esprime.
- Competenze: le risorse umane disponibili devono essere considerate sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Si devono prendere in considerazione anche i volontari.
- Altre risorse: è fondamentale registrare le risorse finanziarie, i beni o i servizi disponibili, per comprendere cosa è possibile e cosa non lo è, e poter elaborare un piano realistico dei costi previsti.
- Pianificazione 1: definizione degli obiettivi che si desidera raggiungere. Questi possono essere distribuiti nel tempo, ma devono sempre avere un quadro temporale ed essere espressi in modo misurabile, per poter valutare nel modo più obiettivo possibile se sono stati raggiunti.
- Pianificazione 2: definizione delle azioni e degli interventi che si desidera attuare. In questa fase vengono stabilite le attività, i tempi, i metodi di esecuzione, ecc. La pianificazione deve includere la strategia educativa o terapeutica che si intende seguire e il modo in cui verrà utilizzato l'ambiente a tal fine.

La valutazione è una parte essenziale di ogni progetto. Ogni progetto deve includere una serie di indicatori che consentano di valutare se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti e di analizzare aspetti rilevanti come la soddisfazione dei pazienti, il consumo di risorse e la qualità delle attività. La valutazione serve anche a riadattare il progetto.

La programmazione e la valutazione devono essere condivise. La valutazione finale deve essere documentata per iscritto e includere i dati su cui si basa.

È essenziale elaborare in anticipo il progetto individuale del paziente, sia esso terapeutico, riabilitativo o educativo.

È importante evitare che una dipendenza patologica favorisca lo sviluppo di un'altra. Hausenblas e Downs (2002) hanno identificato i criteri della dipendenza dall'esercizio fisico. La dipendenza dallo sport è un comportamento in cui la persona sviluppa un'eccessiva dipendenza dall'attività fisica, al punto da influire negativamente sulla sua vita quotidiana, sociale o lavorativa. Chi ne soffre tende a ignorare la fatica o il rischio di lesioni per continuare a praticare attività fisica in modo compulsivo. Questo tipo di allenamento intensivo può causare uno sforzo eccessivo con conseguenze dannose sia fisiche che psicologiche.

3.1. Protocollo sui criteri di accesso:

La partecipazione a un programma di riabilitazione sportiva richiede una valutazione preliminare rigorosa che garantisca la sicurezza, l'idoneità clinica e l'adeguatezza del profilo dell'utente alle attività proposte. Questo protocollo di accesso ha una duplice funzione: da un lato, identificare i fattori di rischio che potrebbero interferire con la pratica sportiva; dall'altro, stabilire le basi per un intervento personalizzato, adattato alle esigenze fisiche, psicologiche e sociali di ogni persona. A tal fine, vengono combinati colloqui clinici, test standardizzati e requisiti amministrativi che garantiscono un quadro di partecipazione sicuro, etico e coordinato.

- Colloquio iniziale e somministrazione di un questionario anamnestico.
- Valutazione della presenza di disturbi del controllo degli impulsi.
- Valutazione dei sintomi di ansia.
- Valutazione dei sintomi di astinenza e craving correlati al consumo di sostanze o alle dipendenze comportamentali.

Esistono alcuni test che possono facilitare la raccolta di informazioni quando non si conosce direttamente la persona:

- Test per la valutazione dei sintomi di ansia: STAI Y1/Y2.
- Test per la valutazione dello stato depressivo: BDI-II.
- Valutazione di diverse dipendenze: ABQ – Addictive Behavior Questionnaire.
- Valutazione di comportamenti autolesionistici, comportamenti iperattivi o aggressivi, problemi legati ad allucinazioni e deliri, consumo di alcol o droghe e stato d'animo depresso: HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales.

È inoltre richiesto:

- Raccolta di dati personali (codice fiscale, tessera sanitaria).
- Certificato di idoneità medica del medico di base, con rinnovo annuale.
- Iscrizione e autorizzazione scritta alla partecipazione da parte dell'amministratore di sostegno/tutore legale/familiare/paziente, con rinnovo annuale.
- Autorizzazione dello psichiatra di riferimento o della Direzione Sanitaria per la partecipazione a progetti sportivi interni o esterni finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico, con rinnovo annuale.
- Alleanza terapeutica adeguata.
- Adeguato rispetto delle norme sociali.
- Abbigliamento adeguato alla stagione.



- Firma del consenso alla privacy per l'uso e la diffusione di dati clinici e materiale promozionale.
- Prevenzione dello sviluppo di una dipendenza dallo sport.

È necessario valutare l'accesso dei volontari o dei tecnici, che potrebbero non essere consapevoli di come una parola, un atteggiamento o anche un silenzio possano generare disagio o problemi. Anche lo stimolo e il rinforzo devono essere espressi in modo adeguato. Pertanto, è fondamentale una formazione specifica dei volontari, a carico del team professionale, come una delle fasi preparatorie del progetto.

Altre misure organizzative includono:

- Creazione di gruppi di comunicazione (e-mail, WhatsApp o altri) per iscrizioni, conferme o cancellazioni.
- Possibilità per i pazienti di abbandonare il progetto se lo desiderano.
- Fornitura di materiale sportivo a noleggio o in vendita.
- Somministrazione del questionario sulla qualità della vita SF-36 a fini di ricerca sull'efficacia clinica.
- Organizzazione del trasporto e designazione dei responsabili dello stesso.
- Creazione di un team sanitario sul campo composto da professionisti della salute mentale: tecnici in riabilitazione psichiatrica, educatori, psicologi, medici e infermieri.
- Rispetto delle norme specifiche di ciascuna disciplina sportiva.
- Garanzia dei principi di equità e inclusione.
- Definizione della frequenza delle uscite (mensili, quindicinali o settimanali) e di eventuali pernottamenti fuori casa.
- Somministrazione di un questionario di soddisfazione.

3.2. Valutazione dei programmi di esercizio fisico

Una volta implementato il programma sportivo, è indispensabile disporre di un sistema di valutazione che consenta di valutarne l'impatto reale, identificare le aree di miglioramento e adeguare gli interventi all'evoluzione di ciascun partecipante. La valutazione non solo consente di misurare i risultati clinici e funzionali, ma anche di garantire la qualità del progetto, giustificarne la continuità e rafforzare il processo decisionale basato su dati concreti. A tal fine vengono utilizzati indicatori oggettivi e strumenti convalidati che riflettono sia la partecipazione che i cambiamenti nella salute fisica, nel benessere psicologico e nella qualità della vita.

Indicatori di successo:

- Frequenza: registrazione della partecipazione alle sessioni.
- Condizione fisica: valutazione mediante test convalidati.
- Qualità della vita: questionari come il WHOQOL-BREF.
- Livello settimanale di attività fisica: questionari come l'IPAQ.

3.3. Integrazione delle équipe socio-sanitarie

L'efficacia di un programma di riabilitazione sportiva dipende in larga misura dal coordinamento interdisciplinare tra i diversi professionisti coinvolti. Il lavoro congiunto tra allenatori, terapeuti, educatori, personale sanitario e altri agenti facilita un approccio globale che affronta sia gli aspetti fisici che quelli psicologici e sociali del processo di recupero. Questa integrazione

garantisce la coerenza terapeutica, la continuità dell'assistenza e un accompagnamento adattato alle esigenze di ciascun partecipante.

Strategie di comunicazione:

- Riunioni mensili di monitoraggio.
- Relazioni sui progressi dei partecipanti.
- Indirizzamento verso risorse di integrazione comunitaria in base alle esigenze specifiche.
- Applicazione delle competenze di vita attraverso lo sport (Sport Skills – Life Skills).

4. Schede attività protocollo sportivo:

4.1. Attività di fitness

Dipartimento responsabile dell'attività: Terapia occupazionale.

Professionisti responsabili dell'attività: Animatori / Facilitatori delle attività.

Orario: venerdì, dalle 10:15 alle 13:00.

Descrizione dell'attività:

L'attività di fitness è un'iniziativa sportiva di carattere comunitario e trasversale, pensata per aiutare gli utenti a mantenere e rafforzare le routine acquisite durante la degenza ospedaliera. Viene offerto un accompagnamento personalizzato che consente ai partecipanti di applicare gli esercizi appresi e di lavorare con diversi materiali e attrezzature, come macchine per il body building, bande elastiche ed esercizi con il proprio peso corporeo, favorendo la continuità di abitudini salutari e l'autonomia.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Garantire la diffusione di abitudini salutari e la promozione di uno stile di vita attivo.
- Favorire l'interiorizzazione di routine adeguate incentrate sull'attività fisica, combinando lavoro cardiovascolare, esercizi di rafforzamento e stretching.
- Offrire strategie per la riduzione dello stress, il sostegno alla regolazione emotiva e il rafforzamento dell'autostima.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Utenti appartenenti all'Area Recupero.
- Dimostrare motivazione e capacità di partecipare in modo sicuro ad attività di fitness.

Criteri di esclusione:

- Grave limitazione fisica o condizione medica che impedisca la partecipazione in sicurezza.
- Disturbi comportamentali che interferiscono con la sicurezza o il funzionamento del gruppo.

Metodologia:

Le sessioni si svolgono settimanalmente nella palestra comunale di Baldiri Aleu.

Le attività comprendono allenamento cardiovascolare, esercizi con attrezzi, stretching e potenziamento funzionale.

Le sessioni sono adattate alle esigenze fisiche ed emotive di ciascun partecipante, garantendo la sicurezza, promuovendo l'autonomia e favorendo l'aderenza alle routine di attività fisica.

Valutazione dell'attività:



Durante il programma viene effettuata una valutazione osservazionale continua, incentrata sulla partecipazione, l'evoluzione, la tolleranza fisica, la regolazione emotiva e il mantenimento delle routine.

Documentazione:

- Registro delle presenze.
- Relazioni individuali sul funzionamento occupazionale.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	165 minuti
Numero di sessioni	1 sessione settimanale
Orario	Venerdì, dalle 10:15 alle 13:00
Luogo	Palestra della comunità/centro sportivo " _____ "
Materiale necessario	Attrezzature sportive, macchine per il body building, bande elastiche e materiale per l'allenamento personalizzato
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa continua, basata sulla partecipazione, sull'evoluzione fisica, sulla regolazione emotiva e sull'aderenza alle routine
Costo dell'attività	Utilizzo delle strutture e delle attrezzature sportive

4.2. Attività di esercizi con il proprio peso corporeo

Tipo di attività: interna/esterna. Attività di gruppo

Dipartimento responsabile dell'attività: Pazienti ricoverati per il trattamento delle dipendenze patologiche

Professionisti responsabili dell'attività: Educatore fisico / Tecnici in riabilitazione psichiatrica

Descrizione dell'attività:

Il progetto di esercizi con il proprio peso corporeo nasce dalla necessità di integrare l'attività fisica nel programma di riabilitazione delle persone ricoverate in ospedale per dipendenze patologiche.

L'esperienza clinica e la letteratura scientifica dimostrano che il movimento, specialmente se praticato in ambienti naturali e non competitivi, costituisce uno strumento terapeutico efficace che integra gli interventi psicologici e medici tradizionali.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

L'attività fisica, soprattutto all'aria aperta, fornisce un supporto fondamentale ai programmi di riabilitazione dalle dipendenze grazie a:

- Riduzione dell'ansia e miglioramento della regolazione emotiva.
- Aumento dell'autostima e della consapevolezza corporea.
- Rafforzamento della motivazione al cambiamento.
- Promozione di stili di vita sani.
- Aumento della tolleranza allo stress.
- Promozione della socializzazione e della cooperazione tra i partecipanti.
- Promozione del benessere psicofisico attraverso la pratica regolare di attività fisica.

Obiettivi specifici:

- Miglioramento del benessere psicofisico attraverso esercizi con il proprio peso corporeo.



- Riduzione dei sintomi di *craving* attraverso l'attività fisica regolare.
- Aumento della capacità di funzionare all'interno di un gruppo e rispetto delle regole condivise.
- Riduzione degli stati emotivi di tensione, ansia e irritabilità legati al processo di astinenza.
- Sostegno alla stabilizzazione psico-emotiva durante l'astinenza.
- Rafforzamento dell'autostima, della motivazione personale al cambiamento e della percezione di autoefficacia.
- Consolidamento di abitudini sane e attività alternative alla dipendenza.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti con capacità psicomotorie preservate.
- Motivazione e disponibilità a partecipare e rispettare le norme stabilite.
- Capacità motorie di base che consentano movimenti sicuri.
- Assenza di intossicazione attiva o alterazioni correlate al consumo recente di alcol o altre sostanze.

Criteri di esclusione:

- Condizioni fisiche incompatibili con la sicurezza dell'attività motoria.
- Gravi alterazioni psicologiche o comportamentali (agitazione, aggressività, crisi emotive).
- Scarsa motivazione o mancanza di collaborazione, compresa la difficoltà a seguire le regole o conflitti attivi con altri pazienti.

Metodologia:

L'attività si basa su esercizi con il proprio peso corporeo, caratterizzati da movimenti semplici, facilmente adattabili e privi di componenti competitive, favorendo una partecipazione tranquilla e sicura da parte di tutti gli utenti.

Il programma segue un principio di progressione graduale, con un aumento progressivo dell'intensità e della complessità degli esercizi, rispettando il ritmo individuale e favorendo il miglioramento continuo.

Le sessioni hanno una durata variabile, generalmente tra i 45 e i 60 minuti, con una frequenza di due sessioni settimanali.

In condizioni meteorologiche favorevoli, l'attività si svolge all'aperto nell'area verde del centro. I gruppi sono guidati da un professionista qualificato, con adattamenti personalizzati in base alla situazione clinica e fisica di ciascun partecipante.

Ogni sessione si conclude con un momento di riflessione e condivisione, volto a integrare l'esperienza e a riconoscere le sensazioni corporee ed emotive emergenti.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	30-45 minuti
Numero di sessioni	2 sessioni settimanali
Luogo	Spazi interni o esterni, nell'area verde del centro
Materiale necessario	Tappetini (in caso di esercizi a terra)
Valutazione dell'attività	Spazio finale di riflessione e condivisione per valutare l'esperienza, le sensazioni corporee ed emotive e il benessere psicofisico percepito.
Costo dell'attività	Tappetini

4.3. Attività di ping pong

Tipo di attività: Interno / esterno. Attività di gruppo

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero

Professionisti responsabili dell'attività: Educatore fisico / Tecnici in riabilitazione psichiatrica

Descrizione dell'attività:

Il ping pong è un'attività sportiva a basso impatto, accessibile e altamente motivante, che favorisce il benessere fisico e mentale. Nei programmi di riabilitazione dall'alcolismo e da altre dipendenze, contribuisce al miglioramento delle capacità motorie, alla socializzazione, alla gestione dello stress e allo sviluppo di alternative salutari ai comportamenti di dipendenza.

Obiettivi dell'attività

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

Promuovere il recupero fisico e psicologico del paziente e il suo benessere generale attraverso la pratica regolare del ping pong, sostenendo l'adozione di stili di vita sani e lo sviluppo di dinamiche relazionali positive.

- Incoraggiare l'attività fisica.
- Educare a stili di vita sani.
- Promuovere l'interazione sociale tra i partecipanti.

Obiettivi specifici:

- Miglioramento del benessere psicofisico attraverso l'attività motoria.
- Riduzione degli stati emotivi di tensione, ansia e irritabilità legati al processo di astinenza.
- Supporto alla stabilizzazione psico-emotiva durante l'astinenza.
- Rafforzamento dell'autostima, della motivazione personale al cambiamento e della percezione di autoefficacia.
- Offrire un'alternativa funzionale per la gestione degli stati emotivi negativi e del *craving*.
- Stimolare la socializzazione tra pari.
- Promuovere dinamiche di cooperazione e rispetto delle regole.
- Migliorare le capacità comunicative e l'assertività.
- Consolidamento di abitudini sane e attività alternative alla dipendenza.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti con capacità psicomotorie preservate.
- Motivazione e disponibilità a partecipare e rispettare le regole stabilite.
- Capacità motorie di base che consentano movimenti sicuri e l'uso della racchetta.
- Assenza di intossicazione attiva o alterazioni derivanti dal consumo recente di alcol o altre sostanze.

Criteri di esclusione:

- Condizioni fisiche incompatibili con la sicurezza dell'attività.
- Gravi alterazioni psicologiche o comportamentali (agitazione, aggressività, crisi emotive).
- Scarsa motivazione o mancanza di collaborazione, compresa la difficoltà a seguire le regole o conflitti attivi con altri pazienti.

Metodologia:

La metodologia si basa su un approccio progressivo e adattabile, che adatta la difficoltà e l'intensità del gioco alle capacità fisiche e psicologiche di ciascun partecipante.

Le sessioni si svolgono in un ambiente sicuro e controllato, con tavoli regolamentari e materiale adeguato. L'attività è organizzata in coppie o piccoli gruppi per favorire l'interazione sociale, la cooperazione e una competizione positiva.

La durata delle sessioni è variabile, generalmente tra i 45 e i 60 minuti, con una frequenza di due sessioni settimanali.

In condizioni meteorologiche favorevoli, l'attività può essere svolta all'aperto nell'area verde della clinica.

I gruppi sono guidati da un educatore qualificato, con adattamenti personalizzati in base alla situazione clinica e fisica dei pazienti.

All'inizio e alla fine di ogni sessione è previsto un breve momento di dialogo e condivisione sul benessere percepito, con l'obiettivo di favorire la consapevolezza emotiva e il monitoraggio dello stato d'animo dei partecipanti.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	30/45 minuti
Numero di sessioni	2 a settimana
Luogo	Interno o esterno
Materiale necessario	Tavolo da ping pong, racchette, palle
Valutazione dell'attività	All'inizio e alla fine di ogni sessione è previsto un breve momento di dialogo e condivisione sul benessere percepito, con l'obiettivo di promuovere la consapevolezza emotiva e monitorare lo stato emotivo dei partecipanti.
Costo dell'attività	Costo del materiale per il gioco

4.4. Attività di corsa

Tipo di attività: All'aperto. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero.

Professionisti responsabili dell'attività: Educatore fisico / Tecnici in riabilitazione psichiatrica.

Descrizione dell'attività:

L'attività di corsa fa parte del programma di terapia ricreativa e offre uno spazio di allenamento di gruppo orientato alla preparazione progressiva per la realizzazione di una corsa di 5 km o 10 km.

La metodologia è progressiva e richiede un adeguato livello di impegno e motivazione. L'attività è integrata da dinamiche di coesione di gruppo e partecipazione ad attività comunitarie, favorendo l'acquisizione di abitudini salutari e il rafforzamento fisico e psicosociale dei partecipanti.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Incoraggiare e promuovere la pratica regolare dell'esercizio fisico.
- Educare a stili di vita sani.
- Favorire la socializzazione tra i partecipanti.



Obiettivi specifici:

- Promuovere l'integrazione di abitudini salutari nella vita quotidiana.
- Migliorare le capacità psicomotorie favorendo una maggiore autonomia fisica.
- Offrire alternative strutturate di attività fisica salutare.
- Prevenire le malattie cardiovascolari.
- Rafforzare le strutture osteomuscolari.
- Migliorare la resistenza e la capacità cardiovascolare.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti con capacità psicomotorie conservate.
- Mostrare interesse o un grado sufficiente di motivazione per svolgere l'attività.

Criteri di esclusione:

- Presenza di comportamenti dirompenti.
- Discorsi deliranti che rendono difficile seguire adeguatamente l'attività.
- Segni di scompenso psicopatologico che possono aumentare i fattori di rischio, sia per il paziente stesso che per il gruppo.

Metodologia:

Si tratta di un'attività comunitaria di intensità moderata-alta. Il professionista responsabile progetta e dirige l'allenamento in base alle caratteristiche del gruppo, tenendo conto del livello di difficoltà, della distanza da percorrere, del ritmo di corsa e delle condizioni meteorologiche. L'allenamento è progressivo, con l'obiettivo finale di completare una corsa di 5 km o 10 km. Durante lo svolgimento dell'attività è vietato fumare. I partecipanti devono indossare abbigliamento adeguato (abiti e scarpe comodi); facoltativamente possono portare un cappellino e dell'acqua.

Si svolgono due sessioni settimanali al mattino. La composizione dei gruppi può variare in base alla disponibilità e all'evoluzione degli utenti.

L'approccio all'attività di corsa evolve progressivamente, orientandosi non solo al miglioramento della salute generale, ma anche al rafforzamento del sistema muscolo-scheletrico e al lavoro specifico di fondo cardiovascolare.

Caratteristiche dell'attività

Durata	60-90 minuti
Numero di sessioni	2 sessioni settimanali
Luogo	Spazi esterni e percorsi comunitari
Materiale necessario	Abbigliamento e calzature sportive adeguate. Acqua e cappellino (facoltativo).
Valutazione dell'attività	Valutazione continua attraverso l'osservazione della partecipazione, dell'evoluzione fisica e della capacità di adattamento all'allenamento. Spazi di dialogo di gruppo per raccogliere il benessere percepito.
Costo dell'attività	—

4.5. Attività di Nordic Walking

Tipo di attività: Esterna / interna. Attività di gruppo / individuale.

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero.

Professionisti responsabili dell'attività: Educatore fisico / Educatore sociale / Assistente infermieristico.

Descrizione dell'attività:

Nell'ambito del programma di terapia ricreativa, viene offerto uno spazio di attività fisica attraverso percorsi comunitari che richiedono uno sforzo fisico moderato. L'attività è completata da una pausa per una colazione leggera, favorendo la partecipazione sociale e la coesione di gruppo.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Incoraggiare e promuovere la pratica dell'esercizio fisico.
- Educare a uno stile di vita sano.
- Favorire e promuovere l'interazione sociale tra i partecipanti.

Obiettivi specifici:

- Promuovere l'integrazione di abitudini salutari nella vita quotidiana.
- Migliorare le capacità psicomotorie, favorendo una maggiore autonomia fisica.
- Offrire abitudini che aiutino a smettere di fumare.
- Prevenire le malattie cardiovascolari.
- Prevenire il sovrappeso.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti con capacità psicomotorie preservate.
- Mostrare interesse o un grado sufficiente di motivazione a partecipare all'attività.

Criteri di esclusione:

- Presenza di comportamenti dirompenti.
- Discorsi deliranti che rendono difficile la partecipazione all'attività.
- Segni di scompenso psicopatologico che possono aumentare i fattori di rischio durante l'attività, sia per il paziente stesso che per il resto del gruppo.

Metodologia:

Si tratta di un'attività comunitaria di intensità moderata-alta. Il professionista responsabile propone diversi percorsi in ogni sessione in base alle caratteristiche del gruppo, tenendo conto del livello di difficoltà, della distanza da percorrere, del ritmo di marcia e delle condizioni meteorologiche. Le distanze abituali variano tra i 3 e i 6 km.

Durante lo svolgimento dell'attività non è consentito fumare. I partecipanti devono indossare abbigliamento adeguato (abiti e scarpe comodi); facoltativamente, possono portare un cappellino e dell'acqua.

Si svolge una sessione settimanale al mattino, con la possibilità di variare la composizione dei gruppi.

Il nome "Nordic Walking" risponde all'obiettivo di evolvere progressivamente la metodologia, incorporando l'uso di bastoncini specifici per il lavoro sulla forza muscolo-scheletrica e l'equilibrio.

Caratteristiche dell'attività

Durata	90 minuti
---------------	------------------



Numero di sessioni	1 sessione settimanale
Luogo	Percorsi comunitari all'aperto e spazi accessibili
Materiale necessario	Bastoncini da nordic walking
Valutazione dell'attività	Valutazione prima e dopo ogni sessione. Sia gli utenti che il professionista valutano l'attività da un punto di vista soggettivo, tenendo conto del benessere percepito e dello svolgimento della sessione.
Costo dell'attività	—

4.6. Attività di acquagym

Dipartimento responsabile dell'attività: Terapia occupazionale.

Professionista responsabile dell'attività: Terapista occupazionale.

Ambito di intervento: Salute e benessere.

Descrizione dell'attività:

L'attività di acquagym consiste in sessioni di esercizio fisico in ambiente acquatico volte a promuovere la salute fisica e il benessere generale. Attraverso esercizi adattati e a basso impatto, si incoraggia la pratica regolare di attività fisica in modo sicuro, efficiente e motivante, favorendo l'instaurazione di abitudini salutari a lungo termine.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Promuovere e interiorizzare abitudini di vita sane attraverso la pratica regolare di esercizio fisico.
- Insegnare le linee guida per l'allenamento e il mantenimento di routine di esercizio moderato.
- Incoraggiare la pratica continua di attività fisica in modo adeguato ed efficace, con l'obiettivo di stabilire abitudini salutari a lungo termine.
- Migliorare la coordinazione motoria globale, il ritmo e l'agilità.
- Mantenere e migliorare la flessibilità, la resistenza e il tono muscolare.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Mostrare interesse e motivazione a partecipare all'attività.
- Utenti senza patologie organiche gravi né controindicazioni mediche alla pratica di attività fisica.

Criteri di esclusione:

- Disabilità o disfunzioni gravi che impediscono la partecipazione all'attività fisica.
- Disturbi comportamentali che interferiscono con il funzionamento del gruppo.

Metodologia:

Le sessioni di acquagym si svolgono settimanalmente presso le strutture sportive del centro sportivo: "_____".

Le attività si svolgono in piccoli gruppi e sono adattate alle condizioni fisiche e funzionali di ciascun partecipante. Il team di terapia occupazionale identifica in anticipo le esigenze, le capacità e le considerazioni di sicurezza.



Le sessioni combinano lavoro aerobico, stretching, esercizi di mobilità e rafforzamento a basso impatto, garantendo sempre un adattamento personalizzato in base al livello funzionale di ciascun utente.

Valutazione dell'attività

Si mantiene un clima di gruppo molto positivo. L'attività favorisce la partecipazione, rafforza le relazioni sociali e potenzia il sostegno reciproco tra i partecipanti. Le sessioni si svolgono nella piscina sportiva del centro.

Caratteristiche dell'attività

Durata	45 minuti
Numero di sessioni	1 sessione settimanale
Luogo	Impianti sportivi "_____ " · Piscina del centro
Materiale necessario	Attrezzatura acquatica di base (tubi galleggianti, tavole, galleggianti)
Valutazione dell'attività	Valutazione continua da parte del team di terapia occupazionale, tenendo conto della partecipazione, dell'evoluzione funzionale e del benessere percepito dagli utenti.
Costo dell'attività	Utilizzo della piscina e delle strutture sportive

4.7. Attività di calcio comunitario/intraospedaliero

Dipartimento responsabile dell'attività: Terapia occupazionale.

Professionista responsabile dell'attività: Terapista occupazionale.

Ambito di intervento: Salute e benessere.

Descrizione dell'attività:

L'attività calcistica è inclusa nel programma di riabilitazione delle unità ospedaliere come uno dei moduli di attività fisica di riferimento. Consente ai partecipanti di far parte di una squadra, praticare uno sport molto diffuso e allenare diverse abilità fisiche e motorie che difficilmente possono essere sviluppate in altri contesti.

Il carattere di gruppo dell'attività favorisce la socializzazione tra i partecipanti che condividono un interesse comune per il calcio, rafforzando le relazioni interpersonali e il senso di appartenenza al gruppo.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Normalizzare il calcio come attività sportiva inclusiva per gli utenti interessati alla pratica dell'esercizio fisico di gruppo.
- Promuovere la salute cardiovascolare, muscolare e respiratoria attraverso la pratica regolare.
- Rafforzare il senso di appartenenza e la percezione di essere membri preziosi di un gruppo.
- Favorire la coesione di gruppo, evitando l'individualismo e l'eccessivo protagonismo, privilegiando il fair play rispetto alla competitività.
- Imparare, praticare e interiorizzare le regole esplicite e implicite del gioco.



- Promuovere abitudini salutari prima e dopo l'attività fisica, compresa l'igiene e l'abbigliamento adeguato.

Obiettivi delle uscite comunitarie:

- Generalizzare gli obiettivi precedenti in contesti comunitari esterni.
- Promuovere l'uso adeguato delle risorse comunitarie, rispettando le strutture e le attrezzature sportive.
- Facilitare l'interazione con gli utenti di altri centri sulla base di un interesse comune per lo sport.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Utenti motivati a far parte di un gruppo sportivo.
- Utenti senza patologie organiche gravi né controindicazioni mediche alla pratica di attività fisica.

Criteri di esclusione:

- Disabilità o disfunzioni gravi che impediscono la partecipazione sicura all'attività fisica.
- Comportamenti dirompenti o invasivi che interferiscono con il funzionamento del gruppo.

Metodologia

L'attività calcistica è strutturata in due modalità complementari:

Attività intraospedaliera:

Sessioni settimanali di allenamento misto che si svolgono nel campo da calcetto dell'ospedale, sotto la supervisione di due professionisti di supporto clinico, che osservano l'interazione, il lavoro di squadra e le dinamiche di gruppo.

Attività comunitaria:

Sessioni settimanali presso impianti sportivi comunali rivolte ai partecipanti che dimostrano impegno e buona adattabilità nell'attività intraospedaliera. Le partite comunitarie con altri centri seguono gli stessi criteri di partecipazione.

Nota:

Per qualsiasi uscita comunitaria, i professionisti di riferimento devono fornire informazioni rilevanti su ciascun utente (abilità della vita quotidiana, aspetti comportamentali, capacità sociali, ecc.) al fine di garantire una pratica sicura e coordinata.

Valutazione dell'attività

Viene effettuato un monitoraggio osservazionale dell'evoluzione dei pazienti. L'attività mantiene un clima molto positivo, rafforza le relazioni tra pari ed è molto apprezzata dai partecipanti. Il terapeuta occupazionale, insieme all'assistente, redige l'elenco dei candidati, mentre l'équipe medica valuta l'idoneità finale alla partecipazione.

Caratteristiche dell'attività

Durata	60-165 minuti (a seconda della modalità)
Numero di sessioni	2 sessioni settimanali
Orario	Martedì 10:30–11:30 · Allenamento intraospedaliero Giovedì 10:15–13:00 · Allenamento comunitario)
Luogo	Campo da calcetto dell'ospedale. Palestra nella comunità/centro sportivo “_____”
Popolazione	Pazienti che soddisfano i criteri
Metodo	Gruppo chiuso e guidato



Materiale necessario	Attrezzatura sportiva e da calcio
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa continua della partecipazione, dell'evoluzione, delle dinamiche di gruppo e del comportamento
Documentazione	Registro delle presenze. Registro individuale delle prestazioni lavorative
Costo dell'attività	Utilizzo di impianti sportivi e attrezzature

* La decisione finale sulla partecipazione alle uscite di gruppo spetta sempre al terapeuta occupazionale.

4.8. Attività di terapia di montagna

Tipo di attività: All'aria aperta. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Reparto di degenza. Reparto ambulatoriale.

Professionisti responsabili dell'attività: Educatore fisico / Tecnici in riabilitazione psichiatrica / Guida alpina qualificata.

Descrizione dell'attività:

Attraverso attività strutturate all'aria aperta in ambiente montano, si promuove nei partecipanti il miglioramento del benessere fisico e mentale, lo sviluppo della consapevolezza emotiva e il rafforzamento delle abilità sociali e relazionali. L'obiettivo generale è quello di potenziare l'autoefficacia, l'autonomia e la resilienza, offrendo un approccio olistico alla riabilitazione dalle dipendenze.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

Promuovere il recupero e il benessere globale dei pazienti con dipendenza patologica attraverso esperienze terapeutiche e riabilitative in ambienti naturali di montagna.

- Incoraggiare e promuovere l'attività fisica.
- Educare a stili di vita sani.
- Favorire e promuovere l'interazione sociale tra i partecipanti.

Obiettivi specifici:

- Migliorare la gestione dello stress e delle emozioni attraverso pratiche di *mindfulness*, esercizi di respirazione e attività all'aria aperta.
- Rafforzare le abilità sociali e relazionali dei partecipanti attraverso attività di gruppo ed esercizi di *team building*.
- Promuovere l'autoefficacia, la motivazione personale e l'autonomia attraverso l'escursionismo e laboratori esperienziali.
- Promuovere comportamenti sani e responsabili, anche attraverso attività di educazione ambientale.
- Miglioramento dell'umore e riduzione dei sintomi di stress o ansia.
- Aumento delle capacità relazionali e di gestione dello stress.
- Autovalutazione positiva dei progressi personali.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Pazienti con capacità psicomotorie preservate.
- Motivazione e disponibilità a partecipare e rispettare le norme stabilite.
- Capacità motorie di base che consentano spostamenti sicuri.



- Assenza di intossicazione attiva o alterazioni correlate al consumo recente di alcol o altre sostanze.

Criteri di esclusione:

- Condizioni fisiche non compatibili con la sicurezza dell'attività.
- Gravi alterazioni psicologiche o comportamentali (agitazione, aggressività, crisi emotive).
- Scarsa motivazione o mancanza di collaborazione, comprese difficoltà a seguire le regole o conflitti attivi con altri pazienti.

Metodologia:

Il progetto è rivolto ad adulti di età compresa tra i 18 e i 65 anni con diagnosi di dipendenza patologica.

La partecipazione è volontaria e richiede il consenso informato, con una selezione basata anche sulla compatibilità dello stato di salute fisica per svolgere attività moderate all'aria aperta.

Le attività previste includono passeggiate terapeutiche e escursioni facili, esercizi di respirazione nella natura. Ogni partecipante è incoraggiato a tenere un diario personale della terapia di montagna, dove registrare emozioni, riflessioni e progressi.

La valutazione e il monitoraggio vengono effettuati all'inizio, a metà e alla fine del programma, attraverso sessioni di feedback individuali e di gruppo che consentono di riflettere sulle esperienze e sui risultati raggiunti. Attraverso questo approccio immersivo e di supporto, la Terapia di Montagna mira a offrire un'esperienza trasformativa che combini il potere rigenerante della natura con un accompagnamento terapeutico strutturato, favorendo un recupero duraturo dalla dipendenza.

Caratteristiche dell'attività

Durata	3 ore
Numero di sessioni	Una sessione ogni 15 giorni
Luogo	Zone montane sicure e accessibili, con sentieri naturali. Rifugi o punti di sosta attrezzati per le emergenze.
Materiale necessario	Zaini. Bastoni da trekking. Mappe. Kit di pronto soccorso.
Valutazione dell'attività	Valutazione e feedback attraverso sessioni di riflessione individuale e di gruppo per analizzare l'esperienza vissuta.
Costo dell'attività	Assicurazione per i partecipanti. Costi di trasporto.

4.9. Attività di arrampicata terapeutica

Tipo di attività: interna/esterna. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero.

Professionisti responsabili dell'attività: Istruttore di arrampicata qualificato / Terapista (TO, psicologo o educatore fisico).

Ambito di intervento: Salute · Riabilitazione dalle dipendenze · Benessere psicofisico.

Descrizione dell'attività:



L'arrampicata terapeutica è un'attività fisica ed esperienziale che combina esercizio fisico, sfida controllata e lavoro emotivo. Grazie alle sue caratteristiche, permette di lavorare sul processo decisionale, sulla regolazione emotiva, sulla tolleranza alla frustrazione e sulla fiducia interpersonale, aspetti chiave nei processi di riabilitazione dalle dipendenze.

L'attività si svolge in un ambiente sicuro e strutturato, dove i partecipanti affrontano sfide progressive che favoriscono la conoscenza di sé, la responsabilità personale e la sostituzione dei modelli di dipendenza con comportamenti sani.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Favorire la riabilitazione psicosociale attraverso un'attività fisica strutturata e sicura.
- Sostituire i modelli di comportamento di dipendenza con esperienze sane e regolate.
- Promuovere l'autoefficacia, la fiducia in se stessi e la resilienza.

Obiettivi generali:

- Incoraggiare la responsabilità e il processo decisionale, valutando rischi e conseguenze prima di agire.
- Aumentare la consapevolezza delle conseguenze delle azioni, rafforzando il rapporto causa-effetto.
- Migliorare l'attenzione, la concentrazione e la forza mentale, fondamentali nella gestione del craving (*desiderio compulsivo*).
- Imparare a gestire la paura e lo stress in un ambiente controllato e sicuro.
- Rafforzare la fiducia e le capacità di comunicazione, lavorando in coppia e in gruppo.
- Ridurre i comportamenti impulsivi e rischiosi, sviluppando un approccio pianificato e consapevole del rischio.
- Attivare il sistema di ricompensa in modo sano, attraverso l'esercizio fisico e il raggiungimento di obiettivi personali.
- Migliorare la consapevolezza del proprio corpo, l'autostima e la percezione di autoefficacia.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Utenti motivati a partecipare ad attività fisiche di gruppo.
- Capacità fisica e psicologica compatibile con la pratica dell'arrampicata di base.
- Accettazione delle norme di sicurezza e del lavoro di squadra.

Criteri di esclusione:

- Condizioni mediche che controindicano l'attività (gravi problemi cardiovascolari, lesioni attive).
- Disturbi psicologici scompensati che compromettono la sicurezza o la cooperazione.
- Comportamenti impulsivi gravi che compromettono il rispetto delle norme.

Metodologia:

L'attività si svolge seguendo un approccio progressivo, terapeutico e strutturato:

- Percorsi semplici e altitudini basse all'inizio.
- Progressione graduale in termini di difficoltà e intensità.
- Lavoro in coppia (scalatore-assicuratore) per promuovere la fiducia e la comunicazione.
- Spazi di riflessione prima e dopo la sessione per integrare l'esperienza emotiva.

L'arrampicata viene utilizzata come metafora terapeutica per lavorare su situazioni reali della vita quotidiana legate alla gestione del rischio, alla frustrazione e al processo decisionale.

Sicurezza e gestione del rischio:

- Supervisione professionale costante da parte di istruttori qualificati.



- Revisione periodica del materiale tecnico.
- Norme di sicurezza chiare (assicurazione, comunicazione, limiti).
- Valutazione medica e terapeutica preliminare dei partecipanti.
- Rapporto adeguato tra professionisti e utenti per garantire il controllo.

Valutazione dell'attività:

Monitoraggio osservazionale continuo incentrato su:

- Partecipazione e rispetto delle norme.
- Evoluzione nella gestione delle emozioni e dello stress.
- Capacità decisionale e controllo dell'impulsività.
- Lavoro di squadra e capacità relazionali.
- Percezione del benessere e dell'autoefficacia.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	90-120 minuti
Numero di sessioni	1 sessione settimanale
Luogo	Palestra di arrampicata indoor o parete di arrampicata outdoor
Popolazione	Persone in fase di riabilitazione da dipendenze
Metodo	Attività di gruppo guidata, progressiva e terapeutica
Materiale necessario	Imbracatura, corde, casco, scarponi da arrampicata, moschettoni, sistemi di sicurezza
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa e spazi di riflessione terapeutica
Costo dell'attività	Utilizzo delle strutture, del materiale tecnico e del personale specializzato

Conclusione

L'arrampicata terapeutica è uno strumento altamente efficace per lavorare su aspetti chiave nella riabilitazione dalle dipendenze. La sua combinazione di sfida fisica, regolazione emotiva e lavoro interpersonale consente un intervento profondo, sicuro e motivante, facilitando il cambiamento comportamentale e il rafforzamento personale.

4.10. Attività di sci alpino terapeutico

Tipo di attività: All'aperto. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero.

Professionisti responsabili dell'attività: Istruttore di sci qualificato / Terapista (TO, psicologo o educatore fisico).

Ambito di intervento: Salute · Riabilitazione dalle dipendenze · Benessere psicofisico e sociale.

Descrizione dell'attività:

Lo sci alpino terapeutico è un'attività sportiva all'aria aperta che combina esercizio fisico intenso, contatto con la natura e un alto livello di concentrazione. Queste caratteristiche lo rendono uno strumento complementare di grande valore nei processi di riabilitazione dalle dipendenze.

La pratica dello sci favorisce la creazione di abitudini salutari, la riduzione dello stress, il rafforzamento dell'autostima e la creazione di legami sociali positivi, sempre in un contesto professionale, strutturato e sicuro.

Obiettivi dell'attività:**Obiettivi generali:**

- Favorire il benessere fisico ed emotivo delle persone in fase di riabilitazione dalle dipendenze.
- Offrire esperienze alternative salutari al consumo di sostanze.
- Rafforzare la motivazione, l'autoefficacia e l'aderenza al trattamento.

Obiettivi specifici:

- Stimolare il sistema di ricompensa in modo naturale, attraverso il rilascio di endorfine associate all'attività fisica.
- Ridurre lo stress e l'ansia, favorendo stati emotivi più stabili.
- Potenziare la consapevolezza e la concentrazione attraverso l'attenzione costante richiesta dallo sci.
- Migliorare la salute fisica generale e instaurare routine attive.
- Rafforzare l'autostima e il senso di realizzazione, acquisendo e migliorando le abilità tecniche.
- Promuovere il legame con la natura, come elemento regolatore e rigenerante.
- Promuovere la socializzazione e il sostegno tra pari, riducendo l'isolamento sociale.

Criteri di inclusione ed esclusione:**Criteri di inclusione:**

- Persone in fase di riabilitazione da dipendenze motivate a partecipare.
- Condizioni fisiche compatibili con la pratica di base dello sci alpino.
- Accettazione e rispetto delle norme di sicurezza.

Criteri di esclusione:

- Controindicazioni mediche alla pratica di sport in ambiente montano.
- Squilibri psicologici che compromettono la sicurezza propria o del gruppo.
- Comportamenti impulsivi gravi o difficoltà nel rispettare le norme.

Metodologia:

L'attività si svolge nell'ambito di un approccio terapeutico, progressivo e supervisionato:

- Inizio con esercizi di base e percorsi di bassa difficoltà.
- Progressione graduale in base alle capacità fisiche ed emotive.
- Sessioni di gruppo con accompagnamento tecnico e terapeutico.
- Spazi di riflessione per integrare l'esperienza fisica ed emotiva.

Lo sci viene utilizzato anche come metafora terapeutica per lavorare sulla gestione del rischio, la tolleranza alla frustrazione, la perseveranza e il processo decisionale consapevole.

Applicazione pratica nella riabilitazione

Lo sci alpino è integrato come complemento ai programmi terapeutici tradizionali:

- Sessioni di "sci terapeutico" guidate da professionisti.
- Cambio di ambiente rispetto ai normali spazi clinici.
- Apprendimento di strategie di coping e regolazione emotiva in contesti reali.

L'attività non sostituisce la terapia psicologica né il trattamento medico, ma funge da strumento complementare.

Valutazione dell'attività:

Monitoraggio osservazionale incentrato su:

- Partecipazione e adattamento all'attività.
- Gestione delle emozioni e dello stress.
- Capacità di concentrazione e autocontrollo.
- Interazione sociale e coesione di gruppo.



- Percezione soggettiva di benessere e realizzazione personale.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	Giornata intera o sessioni di 3-5 ore
Numero di sessioni	Programma puntuale o intensivo (a seconda della stagione)
Luogo	Stazione sciistica alpina
Popolazione	Persone in fase di riabilitazione da dipendenze
Metodo	Attività di gruppo guidata e supervisionata
Materiale necessario	Attrezzatura da sci (sci, scarponi, casco, abbigliamento termico)
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa e spazi di riflessione terapeutica
Costo dell'attività	Skipass, attrezzatura, trasporto e personale specializzato

Conclusione

Lo sci alpino terapeutico costituisce un intervento complementare di grande valore nella riabilitazione dalle dipendenze. La sua combinazione di attività fisica, consapevolezza, contatto con la natura ed esperienza di gruppo favorisce il benessere integrale, lo sviluppo personale e il consolidamento di abitudini sane, sempre in un contesto professionale e sicuro.

4.11. Attività con le racchette da neve

Tipo di attività: All'aperto. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Unità ambulatoriale / Unità di ricovero.

Professionisti responsabili dell'attività: Guida alpina / Terapeuta (OT, psicologo o educatore fisico).

Ambito di intervento: Salute · Riabilitazione dalle dipendenze · Benessere fisico, emotivo e sociale.

Descrizione dell'attività:

Le escursioni con le racchette da neve sono un'attività invernale di montagna che combina esercizio fisico moderato, contatto diretto con la natura ed esperienze di gruppo strutturate. La loro integrazione nei programmi di riabilitazione dalle dipendenze consente di lavorare sulla regolazione emotiva, la consapevolezza, l'acquisizione di abitudini salutari e il rafforzamento dell'autoefficacia.

L'attività si svolge in un ambiente naturale controllato, offrendo esperienze intense e positive senza l'uso di sostanze, favorendo processi di cambiamento e recupero sostenibili.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Favorire il recupero fisico e psicologico delle persone con dipendenze.
- Promuovere alternative sane e strutturate al consumo di sostanze.
- Rafforzare l'autostima, l'autonomia e l'aderenza al trattamento.

Obiettivi specifici

- Migliorare la salute fisica generale, riducendo lo stress e l'ansia attraverso un'attività aerobica moderata.
- Promuovere la consapevolezza e la presenza attraverso il contatto con l'ambiente naturale e la consapevolezza del proprio corpo.
- Stabilire una struttura e una routine salutari, rompendo i modelli caotici associati alla dipendenza.
- Promuovere l'interazione sociale e il senso di appartenenza attraverso dinamiche di gruppo.



- Aumentare l'autoefficacia e il senso di realizzazione, superando percorsi e sfide personali.
- Ridurre l'isolamento sociale, uno dei principali fattori di rischio di ricaduta.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Persone in fase di riabilitazione dalla dipendenza motivate a partecipare.
- Condizione fisica compatibile con escursioni moderate su terreni innevati.
- Capacità di seguire le norme di sicurezza di base e di lavorare in gruppo.

Criteri di esclusione:

- Controindicazioni mediche all'attività fisica in ambiente montano invernale.
- Squilibri psicologici che potrebbero compromettere la sicurezza del gruppo.
- Comportamenti impulsivi gravi o difficoltà a rispettare limiti e regole.

Metodologia:

L'attività si svolge con un approccio terapeutico, progressivo e supervisionato:

- Selezione di percorsi adeguati al livello fisico ed emotivo del gruppo.
- Ritmo controllato, con pause frequenti e supporto costante.
- Accompagnamento professionale sia tecnico che terapeutico.
- Utilizzo del percorso come spazio per il lavoro emotivo e relazionale.

L'esperienza è completata da spazi di riflessione di gruppo, dove le esperienze fisiche ed emotive vengono integrate nel processo terapeutico.

Integrazione nel trattamento delle dipendenze

Lo snowshoeing può essere integrato:

- Come parte di programmi residenziali (uscite terapeutiche pianificate).
- Nelle fasi successive alla disintossicazione, incentrate sulla riabilitazione psicosociale.
- All'interno di programmi ambulatoriali, attraverso uscite nel fine settimana o sessioni intensive.

L'attività non sostituisce l'intervento clinico tradizionale, ma funge da complemento terapeutico.

Sicurezza e gestione del rischio:

- Supervisione da parte di guide alpine e professionisti terapeutici qualificati.
- Pianificazione dei percorsi in base alle capacità del gruppo e alle condizioni meteorologiche.
- Materiale adeguato e revisione preventiva dell'attrezzatura.
- Protocolli chiari di sicurezza e di intervento in caso di incidenti.

Valutazione dell'attività:

Monitoraggio osservazionale incentrato su:

- Partecipazione e adattamento all'attività.
- Gestione dello stress e regolazione emotiva.
- Comportamenti di cooperazione e sostegno tra pari.
- Percezione soggettiva di benessere, motivazione e autoefficacia.

Caratteristiche dell'attività:

Durata	Mezza giornata (3-5 ore)
Numero di sessioni	Programmazione puntuale o periodica (a seconda della stagione)
Luogo	Ambiente naturale di montagna innevata
Popolazione	Persone in fase di riabilitazione da dipendenze
Metodo	Attività di gruppo guidata e supervisionata



Materiale necessario	Ciaspolate, bastoncini, abbigliamento termico, calzature adeguate
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa e riflessione terapeutica di gruppo
Costo dell'attività	Materiale, trasporto, guide e personale specializzato

Conclusione

Le escursioni con le racchette da neve si presentano come un intervento complementare altamente efficace nella riabilitazione dalle dipendenze. Offrono esperienze significative, salutari ed emotivamente regolanti a contatto con la natura, rafforzando l'autoefficacia, la coesione di gruppo e la creazione di abitudini di vita sane senza consumo di sostanze.

4.12. Attività di pallacanestro adattata

Tipo di attività: Interno / esterno. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Area Sport Inclusivo / Terapia Occupazionale.

Professionisti responsabili dell'attività: Istruttori sportivi / Terapisti occupazionali / Psicopedagogisti.

Ambito di intervento: Educazione alla salute · Benessere fisico, emotivo e sociale.

Descrizione dell'attività:

L'attività di pallacanestro adattata è concepita come uno strumento educativo, terapeutico e sociale rivolto alle persone con disabilità intellettiva. La pallacanestro, in quanto sport collettivo e dinamico, consente di lavorare in modo integrato sulla salute fisica, lo sviluppo emotivo, le abilità sociali e gli aspetti cognitivi come l'attenzione, la pianificazione e il processo decisionale. Attraverso una metodologia inclusiva e adattata, l'attività promuove l'autonomia, l'autostima e la partecipazione attiva nella comunità, contribuendo a migliorare la qualità della vita dei partecipanti.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Promuovere abitudini salutari attraverso la pratica regolare di attività fisica.
- Migliorare la condizione fisica, le capacità motorie e cognitive.
- Promuovere l'inclusione sociale, il lavoro di squadra e l'autostima.
- Facilitare esperienze sportive in un ambiente inclusivo, educativo e rispettoso.

Obiettivi specifici:

- Migliorare la coordinazione motoria grossolana e la condizione cardiorespiratoria.
- Favorire l'attenzione, la memoria e la pianificazione attraverso situazioni di gioco.
- Promuovere la comunicazione, la cooperazione e il rispetto delle regole e dei turni.
- Ridurre i livelli di ansia e stress e favorire un'espressione emotiva positiva.
- Rafforzare il senso di realizzazione, la motivazione e il senso di appartenenza al gruppo.
- Interiorizzare abitudini relative all'igiene, all'idratazione, al riposo e alla cura del corpo.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Persone con disabilità intellettiva in grado di partecipare ad attività di gruppo.
- Interesse e motivazione per la pratica sportiva.

Criteri di esclusione:

- Condizioni mediche o fisiche che controindicano la pratica sicura di attività fisica.
- Gravi disturbi comportamentali che impediscono il funzionamento del gruppo.

Metodologia:

La metodologia è adattata, strutturata e incentrata sull'inclusione:

Regole semplificate e adattamenti in base al livello funzionale.

Supporto visivo e verbale costante.

Uso di routine stabili e rinforzo positivo.

Gruppi ridotti e ruoli definiti.

Priorità all'inclusione, non alla competizione.

Inserimento di monitor, terapisti occupazionali o psicopedagogisti

Proposta di attività:

Attività e caratteristiche

1. Lanci al canestro
 - Obiettivo: coordinazione e precisione
 - Materiale: palline morbide, cerchi
 - Adattamenti: canestri a diverse altezze
2. Giochi a coppie
 - Obiettivo: comunicazione e lavoro cooperativo
 - Materiale: coni, pettorine
 - Adattamenti: rinforzo visivo delle istruzioni
3. Mini-partite
 - Obiettivo: socializzazione e rispetto delle regole
 - Materiale: Canestro adattato
 - Adattamenti: Tempo ridotto, squadre miste
4. Circuiti motori
 - Obiettivo: Salute fisica e resistenza
 - Materiale: coni, tappetini
 - Adattamenti: ritmo personalizzato

Le sessioni comprendono tiri a canestro, giochi cooperativi, mini-partite e circuiti motori, con adattamenti in termini di tempo, materiale e ritmo.

Valutazione dell'attività:

La valutazione è continua e si basa su indicatori quali:

- Partecipazione attiva e frequenza.
- Evoluzione delle abilità motorie e sociali.
- Aumento dell'interazione sociale e della cooperazione.
- Adozione di abitudini salutari.
- Benessere emotivo, divertimento e motivazione.

Strumenti:

Schede di osservazione, rubriche adattate, questionari visivi, registri delle abitudini salutari.

Caratteristiche dell'attività

Durata	60 minuti per sessione
Numero di sessioni	2 allenamenti settimanali + 1 partita mensile
Periodo	8 mesi (ottobre - maggio)
Luogo	Centro sportivo / Impianti sportivi adeguati
Popolazione	Persone con disabilità intellettiva
Metodo	Gruppo ristretto, guidato e inclusivo



Materiale necessario	Palloni adattati, canestri regolabili, coni, pettorine, materassini
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa continua della partecipazione, delle abilità, delle abitudini salutari e del benessere emotivo
Costo dell'attività	Utilizzo di impianti sportivi, materiale e spostamenti (eventi e campionato finale)

4.13. Attività di ginnastica adattata per anziani

Tipo di attività: Al chiuso. Attività di gruppo.

Dipartimento responsabile dell'attività: Terapia occupazionale / Fisioterapia.

Professionisti responsabili dell'attività: Fisioterapista / Terapista occupazionale / Personale di supporto e assistenti.

Ambito di intervento: Salute · Prevenzione primaria · Invecchiamento attivo e benessere integrale.

Descrizione dell'attività:

La gerontoginnastica è una disciplina di attività fisica adattata, particolarmente indicata per le persone anziane con disabilità intellettiva. A differenza di altre pratiche fisiche convenzionali, si caratterizza per il suo alto grado di adattabilità, sicurezza e approccio terapeutico integrale. Attraverso esercizi delicati, strutturati e ritmici, l'attività contribuisce al mantenimento della mobilità, dell'autonomia funzionale e del benessere emotivo, favorendo un invecchiamento attivo, dignitoso e con una migliore qualità della vita.

Obiettivi dell'attività:

Obiettivi generali:

- Mantenere e migliorare la mobilità articolare e la forza muscolare.
- Stimolare la coordinazione motoria, l'equilibrio e la consapevolezza corporea.
- Prevenire il deterioramento fisico, cognitivo e funzionale associato all'invecchiamento.
- Promuovere la socializzazione, il benessere emotivo e il senso di appartenenza al gruppo.

Obiettivi specifici:

- Stimolare l'attenzione, la memoria funzionale e la connessione corpo-mente.
- Facilitare lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (AVD).
- Ridurre il rischio di cadute lavorando sull'equilibrio e sulla stabilità posturale.
- Diminuire i livelli di ansia, stress e comportamenti dirompenti.
- Rafforzare l'autostima, la motivazione e il senso di realizzazione.

Criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Anziani con disabilità intellettiva lieve o moderata.
- Capacità di mantenersi in posizione seduta o eretta con o senza supporto.
- Disponibilità a partecipare ad attività di gruppo guidate.

Criteri di esclusione:

- Condizioni mediche che controindicano l'attività fisica, anche a bassa intensità.
- Squilibri fisici o comportamentali che compromettono la sicurezza durante la sessione.

Metodologia:

La metodologia è adattata, sicura e incentrata sulla persona, con un approccio preventivo e terapeutico:



- Linguaggio semplice, ripetitivo e accompagnato da gesti.
- Esercizi personalizzati in base al livello funzionale.
- Uso di materiali ludici e sicuri (palline morbide, foulard, fasce elastiche, musica).
- Gruppi ridotti (6-8 persone) con supervisione costante.
- Rinforzo positivo e routine stabili per favorire l'aderenza.

Struttura della sessione (40 minuti):

1. Riscaldamento (10 min): mobilità articolare e respirazione guidata.
2. Parte principale (20 min): forza leggera, equilibrio, coordinazione e giochi motori.
3. Ritorno alla calma (10 min): rilassamento, stretching e consapevolezza corporea.

Valutazione dell'attività:

La valutazione è continua e osservativa, tenendo conto di:

- Partecipazione e frequenza.
- Evoluzione funzionale e motoria.
- Benessere emotivo e motivazione.
- Interazione sociale e comportamento nel gruppo.

Le informazioni vengono utilizzate per adeguare le sessioni e prevenire i rischi.

Programma mensile di ginnastica adattata per anziani

Semana 1

Giorno	Attività principale	Obiettivi specifici	Materiali
Lunedì	Circuito di mobilità di base	Valutare l'ampiezza articolare, la resistenza e la tolleranza all'esercizio fisico	Cerchi, coni
Mercoledì	Camminata assistita + forza delle gambe	Rafforzare i quadricipiti e migliorare l'equilibrio statico	Sedie, palle
Venerdì	Palloni + musica (stretching)	Stimolare la coordinazione occhio-mano e favorire il rilassamento	Palloni morbidi, musica

Semana 2

Giorno	Attività principale	Obiettivi specifici	Materiali
Lunedì	Esercizi con foulard e musica	Migliorare la coordinazione ritmica e la consapevolezza corporea	Fazzoletti, musica
Mercoledì	Percorso a ostacoli	Promuovere l'equilibrio dinamico e l'attenzione	Coni, tappetini
Venerdì	Giochi in coppia	Rafforzare la memoria motoria e l'interazione sociale	Musica, schede visive

Semana 3

Giorno	Attività principale	Obiettivi specifici	Materiali
Lunedì	Lanci con palline colorate	Stimolare la discriminazione visiva e la coordinazione	Palline colorate
Mercoledì	Esercizi con bande elastiche	Migliorare la forza muscolare e la mobilità della parte superiore del corpo	Fasce elastiche
Venerdì	Sequenza di passi con colori/numeri	Stimolazione cognitiva: attenzione e orientamento spaziale	Tappetini o fogli contrassegnati



Semana 4

Giorno	Attività principale	Obiettivi specifici	Materiali
Lunedì	Circuito preferito dal gruppo	Rafforzare l'apprendimento e promuovere l'autostima	Cerchi, palline
Mercoledì	Mini-Olimpiade adattata	Valutare i progressi fisici e funzionali in modo ludico	Stazioni di esercizi
Venerdì	Rilassamento guidato + consegna dei diplomi	Favorire una conclusione positiva e ridurre l'ansia	Musica soft, diplomi

Caratteristiche dell'attività:

Durata	40 minuti
Numero di sessioni	3 sessioni settimanali
Luogo	Sala polivalente del centro / spazio terapeutico
Popolazione	Anziani con disabilità intellettiva
Metodo	Gruppo ristretto, guidato e adattato
Materiale necessario	Sedie stabili, palloni morbidi, fasce elastiche, foulard, coni, musica
Valutazione dell'attività	Valutazione osservativa continua dello stato fisico, cognitivo ed emotivo
Costo dell'attività	Materiale terapeutico di base

Conclusione

La ginnastica per anziani è una delle attività fisiche più adatte alle persone anziane con disabilità intellettiva, poiché combina esercizio moderato, sicurezza, dinamiche di gruppo e un alto valore terapeutico e preventivo. La sua integrazione sistematica come misura di prevenzione primaria favorisce l'autonomia, ritarda il deterioramento funzionale e migliora il benessere generale.

5. Conclusioni generali

Le prove presentate nel documento consentono di affermare che lo sport costituisce un intervento terapeutico integrale, in grado di agire simultaneamente sui piani neurobiologico, psicologico e sociale del recupero dalle dipendenze e dalla doppia diagnosi.

In primo luogo, le basi scientifiche dimostrano che l'attività fisica contribuisce a ripristinare i sistemi di ricompensa deteriorati, a promuovere la neuroplasticità e a migliorare l'equilibrio emotivo, elementi chiave nella riduzione del craving e nella prevenzione delle ricadute.

Dal punto di vista psicologico, lo sport rafforza l'autoefficacia, regola l'ansia e consolida le abitudini di cura di sé. Il quadro teorico rivisto (modello transtheoretical, autodeterminazione, resilienza e capitale sociale) spiega come queste attività favoriscano la transizione verso comportamenti sani, aumentino la motivazione intrinseca e consentano di ricostruire un'identità slegata dalla dipendenza.

In ambito sociale, la pratica sportiva si rivela un mezzo privilegiato per generare integrazione, senso di appartenenza e reti comunitarie di sostegno. Ciò è particolarmente rilevante per i gruppi vulnerabili come le persone con disabilità intellettiva o in condizioni di rifugiati, per i quali lo sport funge da strumento di inclusione, empowerment e dignificazione.

L'analisi delle buone pratiche nei diversi livelli di assistenza evidenzia che l'attività fisica può essere implementata in modo coerente durante tutto il processo terapeutico, dall'assistenza primaria alle comunità terapeutiche. La combinazione di interventi adattati, supervisione professionale, piani individualizzati e meccanismi di aderenza costituisce un modello efficace e sostenibile.

Inoltre, i potenziali rischi (come lo sviluppo di dipendenza dall'esercizio fisico) possono essere prevenuti attraverso rigorosi protocolli di valutazione, criteri di accesso, supervisione clinica e formazione del personale.

Nel complesso, il documento sostiene che lo sport non è solo un complemento, ma un elemento essenziale e trasversale dell'approccio contemporaneo alle dipendenze. La sua istituzionalizzazione all'interno dei servizi di salute mentale e dei programmi di riabilitazione rappresenta un passo necessario per garantire un approccio olistico, inclusivo e basato sui diritti umani. Le prove disponibili ne sostengono l'integrazione come strumento terapeutico di primo livello, con benefici comprovati in termini di recupero, funzionalità e qualità della vita.

6. Bibliografia

AAIDD (2017) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 12a ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Angelucci, F., Ricci, E., Padua, L., Sabino, A. e Tonali, P. (2019) "Neurobiological mechanisms of exercise in addiction recovery" (Meccanismi neurobiologici dell'esercizio fisico nel recupero dalla dipendenza), *Neuroscience Letters*, 712, pagg. 134-145.

APA (2013) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. 5a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asensio-Hernández, J. e Martín, A. (2022) "Capitale sociale e inclusione attraverso lo sport nelle popolazioni vulnerabili", *Revista Española de Psicología Social*, 37(2), pp. 115–133.

Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.

Barrantes-Brais, K., García-Ramírez, M., e Salas, D. (2021) "Lo sport come mezzo per l'inclusione e la salute mentale nelle persone con disabilità intellettiva", *Psicología y Salud*, 31(1), pp. 41–58.

Bauman, Z., Smith, J. e Fernández, A. (2021) "Trauma, spostamento e resilienza: prospettive sulla salute mentale nelle persone in condizioni di rifugiato", *Rivista di Intervento Psicosociale*, 25(3), pp. 212–231.

CEAR (2022) *Programma Sport e Rifugio: Valutazione dell'impatto 2021-2022*. Malaga: Commissione spagnola per l'aiuto ai rifugiati.

Deci, E.L. e Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.

Diener, E. (2000) "Benessere soggettivo: la scienza della felicità e una proposta per un indice nazionale", *American Psychologist*, 55(1), pp. 34–43.

Farde, L., Ramírez, A. e Sánchez, M. (2018) "Physical exercise as a complement to therapy in addiction treatment centers", *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), pp. 105–129.

Fondazione A LA PAR (2021) *Sport e inclusione: valutazione dell'impatto dei programmi adattati alla disabilità intellettiva*. Madrid: Fondazione A LA PAR.

García, R., Domínguez, J. e López, I. (2022) "Prescrizione di esercizio fisico nell'assistenza primaria: risultati del programma PAPPS", *Atención Primaria*, 54(3), pp. 145-153.

GIESAD (2018) *Guida all'intervento nelle dipendenze e nella disabilità intellettiva*. Madrid: Gruppo di ricerca sulla salute e le dipendenze (GIESAD).

González-Sánchez, M., López-Torrecillas, F. e Pérez-García, M. (2020) "Esercizio fisico e neuroplasticità nel trattamento delle dipendenze", *Rivista di psicologia clinica con bambini e adolescenti*, 7(2), pp. 51-64.

Krysinska, K., Burkhardt, J. e Tran, T. (2022) "Lo sport come strumento di inclusione sociale dei rifugiati: evidenze dai programmi comunitari europei", *Journal of Refugee Studies*, 35(4), pp. 754-773.

López-Romero, A. e Iglesias, J. (2020) "Esercizio fisico, sonno e astinenza: una revisione degli interventi recenti", *Rivista spagnola di psicologia applicata*, 12(1), pp. 65-80.

López-Torrecillas, F. e Rueda, R. (2016) "Sport e resilienza: strategie psicologiche nella prevenzione delle ricadute", *Psicothema*, 28(3), pp. 214–222.

Lox, C.L., Martin, K.A. e Petruzzello, S.J. (2019) *The Psychology of Exercise: Integrating Theory and Practice*. 4a ed. New York: Routledge.

Martín-Doménech, A. e Peiró-Pérez, I. (2021) "Adattamento dei programmi sportivi nell'assistenza alle persone con disabilità intellettiva", *Revista de Psicología y Educación Especial*, 18(2), pp. 87–101.

Morral, F., Gil, R. e López, V. (2025) "Attività fisica e salute mentale in contesti residenziali: revisione sistematica", *Rivista di salute comunitaria*, 41(1), pp. 12–37.

Proyecto Hombre (2021) *Valutazione dei risultati del programma di sport terapeutico 2019-2021*. Granada: Fondazione Proyecto Hombre.

Ramírez, C., Torres, P. e Varela, M. (2020) "Lo sport come terapia complementare nelle dipendenze: risultati nelle unità cliniche spagnole", *Rivista di Intervento Psicologico*, 32(2), pp. 87–106.

Reche García, R. (2019) "Il modello transteorico di cambiamento applicato all'esercizio fisico nella riabilitazione dalle dipendenze", *Rivista spagnola di psicologia dello sport*, 28(4), pp. 145-161.

Rodríguez-Martos, A. (2017) *Modello biopsicosociale e dipendenze: basi teoriche e strategie cliniche*. Barcellona: Socidrogalcohol.

UNHCR (2023) *Sport for Protection Toolkit: Programming with Young People in Forced Displacement Settings*. Ginevra: Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati.

Wang, X., Chen, Z., Liu, J. e Zhao, Y. (2021) "L'esercizio fisico come intervento neuroprotettivo nei disturbi da uso di sostanze", *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, pagg. 1-12.

Sport for Inclusion Refugees (2023) *Relazione sui risultati del progetto europeo Sport for Inclusion Refugees 2023*. Bruxelles: Commissione europea.

Croce Rossa Spagnola (2023) *Relazione annuale sui programmi sportivi comunitari per i rifugiati*. Madrid: Croce Rossa.



Co-funded by
the European Union

Protocolo sobre os benefícios da atividade física nas terapias de tratamento de dependências

2025



RESTART

RESTART Project

REhabilitative Sport contributing To
Addictions Recovery Treatments



Financiado pela União Europeia. As opiniões e pontos de vista expressos são, no entanto, da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es) e não refletem necessariamente os da União Europeia ou da Agência Executiva Europeia para a Educação e a Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser responsabilizadas por eles.

ÍNDICE:

1.	Introdução	4
2.	Dependências e desporto: Conceitos.....	4
2.1.	Dependência, deficiência intelectual e condição de refugiado	4
2.2.	Enquadramento teórico do desporto e da recuperação.....	5
2.3.	Modelo Transteórico da Mudança	5
2.4.	Teoria da Autodeterminação	5
2.5.	Teoria do bem-estar subjetivo e resiliência	5
2.6.	Capital social e sentido de pertença	5
2.7.	Dimensão psicossocial do desporto.....	7
2.8.	Boas práticas e níveis de assistência.....	8
2.8.1.	Cuidados primários	8
2.8.2.	Cuidados secundários	8
2.8.3.	Cuidados terciários.....	9
2.9.	Desporto e patologia dupla	9
2.9.1.	Dependências com substâncias	9
2.9.2.	Dependências sem substâncias.....	10
2.9.3.	Benefícios do desporto na recuperação da patologia dupla.....	10
2.9.4.	Aplicações práticas	11
2.10.	Desporto e deficiência intelectual	13
2.11.	Desporto e pessoas em situação de refugiado	13
2.12.	Programas desportivos que consideram as necessidades específicas de cada género	14
3.	Projetos desportivos para serviços de assistência dedicados ao tratamento de dependências e patologias duplas	15
3.1.	Protocolo sobre os critérios de acesso:	16
3.2.	Avaliação dos programas de exercício	17
3.3.	Integração das equipas sociosanitárias	18
4.	Fichas de atividades do protocolo desportivo:	18



4.1.	Atividade de fitness.....	18
4.2.	Atividade de exercícios com o próprio peso corporal.....	19
4.3.	Atividade de pingue-pongue.....	21
4.4.	Atividade de corrida.....	22
4.5.	Atividade de caminhada nórdica	24
4.6.	Atividade de hidroginástica.....	25
4.7.	Atividade de Futebol Comunitário/Intrahospitalar.....	26
4.8.	Atividade de terapia de montanha	28
4.9.	Atividade de escalada terapêutica	29
4.10.	Atividade de esqui alpino terapêutico	31
4.11.	Atividade de raquetes de neve	33
4.12.	Atividade de basquetebol adaptado.....	35
4.13.	Atividade de ginástica adaptada para idosos.....	37
5.	Conclusões gerais	39
6.	Bibliografia.....	41

1. Introdução

A dependência deixou de ser entendida como um mero desvio comportamental para ser concebida hoje como um distúrbio complexo de natureza biopsicossocial. Neste quadro integrador, o desporto surgiu como uma ferramenta terapêutica com múltiplos benefícios comprovados. Diversas investigações demonstraram que a atividade física regular tem um impacto positivo na redução do desejo de consumir (craving), na melhoria do estado de espírito, no fortalecimento das habilidades sociais e na consolidação de hábitos saudáveis (López-Torrecillas e Rueda, 2016; González-Sánchez et al., 2020).

Em populações especialmente vulneráveis, como pessoas com deficiência intelectual (DI) e refugiados, o desporto também desempenha uma função inclusiva e reabilitadora, que vai além do fisiológico, afetando positivamente a autoestima, a integração comunitária e a qualidade de vida (Barrantes-Brais et al., 2021; UNHCR, 2023). O seu caráter universal, estruturante e simbolicamente significativo torna-o um meio ideal para a intervenção psicossocial em contextos de vulnerabilidade, onde a recuperação requer não só abstinência, mas também reconstrução identitária e social.

Este documento abordará, em primeiro lugar, o quadro teórico que sustenta a relação entre atividade física, motivação e mudança comportamental. Em segundo lugar, serão explicados os fundamentos neurobiológicos e psicológicos que explicam os efeitos do desporto na recuperação de dependências. Posteriormente, será desenvolvida a dimensão psicossocial do exercício, o seu papel no tratamento da dependência, as boas práticas e adaptações clínicas nos diferentes níveis de assistência (primário, secundário e terciário) e, finalmente, será analisado o valor do desporto para as pessoas em situação de refugiado, antes de concluir com implicações terapêuticas e sociais.

2. Dependências e desporto: Conceitos

2.1. Dependência, deficiência intelectual e condição de refugiado

A dependência, de acordo com o DSM-5 (APA, 2013), é definida como um padrão problemático de consumo de substâncias caracterizado pela perda de controlo, tolerância e persistência no uso, apesar das consequências negativas. Em Espanha, a Socidrogalcohol promoveu uma abordagem biopsicossocial na qual convergem fatores genéticos, psicológicos e sociais (Rodríguez-Martos, 2017).

A deficiência intelectual implica limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, manifestadas antes dos 18 anos (AAIDD, 2017). Estas limitações afetam a autorregulação emocional, o planeamento e a compreensão das consequências, o que aumenta a vulnerabilidade ao consumo de substâncias (GIESAD, 2018).

No caso das pessoas em situação de refugiado, a exposição a experiências traumáticas, a perda de redes sociais e o deslocamento forçado aumentam o risco de depressão, ansiedade e comportamentos aditivos (Bauman et al., 2021). A prática desportiva pode oferecer uma via terapêutica de reconstrução pessoal e comunitária, atuando como meio de regulação emocional e socialização.

2.2. Marco teórico do desporto e da recuperação

O papel do desporto na recuperação de dependências é melhor compreendido a partir da integração de vários modelos psicológicos. Esta perspetiva permite abordar os múltiplos fatores que intervêm no processo de mudança e adaptação, considerando tanto os aspetos individuais como os sociais e emocionais. A seguir, descrevem-se os principais quadros teóricos que fundamentam a relação entre a atividade física e a recuperação, como o Modelo Transteórico da Mudança, a Teoria da Autodeterminação, a Teoria do Bem-estar Subjetivo e Resiliência, bem como o conceito de capital social e sentido de pertença. A análise destas abordagens oferece uma visão mais completa de como o desporto pode atuar não só como uma ferramenta terapêutica, mas também como um motor de integração, motivação e crescimento pessoal em diferentes contextos de vulnerabilidade.

2.3. Modelo Transteórico da Mudança

Desenvolvido por Prochaska e DiClemente, este modelo propõe cinco fases de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O desporto facilita essa transição ao proporcionar reforço positivo, feedback observável e sensação de progresso. Em estudos espanhóis, a incorporação de atividade física estruturada em fases de tratamento melhorou significativamente a adesão terapêutica (Reche García, 2019).

2.4. Teoria da Autodeterminação

De acordo com Deci e Ryan (1985), o bem-estar psicológico depende de três necessidades básicas: autonomia, competência e relacionamento. O desporto ativa-as simultaneamente: promove a autonomia ao permitir decisões sobre ritmo e metas; desenvolve a competência ao mostrar progressos mensuráveis; e reforça o relacionamento através do trabalho em grupo. Este equilíbrio motivacional previne a recaída e fortalece o compromisso com a recuperação.

2.5. Teoria do Bem-estar Subjetivo e Resiliência

O bem-estar subjetivo está associado à prática regular de atividade física moderada, que aumenta as emoções positivas e reduz os estados de ansiedade e depressão (Diener, 2000). Além disso, o desporto promove a resiliência, entendida como a capacidade de se adaptar à adversidade e transformá-la em crescimento pessoal (López-Torrecillas e Rueda, 2016).

2.6. Capital social e sentido de pertença

O desporto coletivo gera capital social, ao promover laços de confiança, solidariedade e cooperação (Asensio-Hernández e Martín, 2022). No contexto das dependências, estas redes comunitárias são fundamentais para sustentar a abstinência e oferecer um ambiente de apoio alternativo ao círculo de consumo.

Fundamentos neurobiológicos e psicológicos do desporto como escudo contra a dependência

O exercício físico desempenha um papel fundamental na regulação dos sistemas neurobiológicos envolvidos na dependência, atuando sobre os sistemas dopaminérgico, serotoninérgico e endorfinérgico, responsáveis pela modulação dos neurotransmissores relacionados com o prazer, a motivação e o bem-estar emocional (Angelucci et al., 2019). A prática regular de atividade física induz uma liberação controlada de dopamina e serotonina, o que contribui para restaurar o equilíbrio neuroquímico alterado pelo consumo crónico de substâncias e . Este efeito

neurorregulador é especialmente relevante nas fases iniciais da recuperação, quando o sistema de recompensa cerebral está deteriorado e a motivação para atividades não relacionadas com o consumo é baixa.

Além disso, o exercício físico provoca um aumento significativo do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), uma proteína essencial para a neuroplasticidade e a sobrevivência neuronal. O aumento do BDNF favorece a regeneração dos neurónios e a adaptação cognitiva, compensando assim os danos corticais e subcorticais produzidos pelo abuso prolongado de drogas (Wang et al., 2021). A melhoria da neuroplasticidade traduz-se numa maior capacidade de desenvolver novas estratégias de enfrentamento, melhorar a memória e a tomada de decisões, elementos-chave na prevenção de recaídas.

De uma perspetiva psicológica, a prática desportiva fortalece o autocontrolo e a autoeficácia, conceitos desenvolvidos por Bandura (1997), que são essenciais no processo de recuperação. O estabelecimento e a consecução de metas progressivas durante a atividade física reforçam a perceção de competência e reduzem a sensação de impotência que geralmente acompanha as pessoas em situação de dependência. Esse reforço positivo impulsiona a motivação intrínseca e facilita a transição para estilos de vida mais saudáveis.

O desporto, além disso, atua como uma alternativa funcional ao consumo de substâncias na regulação emocional. Ao oferecer uma válvula natural para canalizar emoções negativas como ansiedade, raiva ou frustração, a atividade física consolida-se como um recurso terapêutico para o gerenciamento do stress e a prevenção de episódios de consumo compulsivo. As evidências sugerem que a prática regular de desporto melhora a tolerância à frustração e promove o desenvolvimento de habilidades adaptativas de enfrentamento, reduzindo assim a vulnerabilidade a situações de risco.

Outro efeito neurobiológico relevante é a capacidade do exercício de restabelecer os ritmos circadianos alterados pelo vício. A atividade física contribui para normalizar os ciclos de sono-vigília, melhora a qualidade do sono e reduz a fadiga, o que repercute positivamente no equilíbrio neuroendócrino e no estado de humor geral. Essas mudanças fisiológicas não apenas aliviam os sintomas associados à abstinência, mas também fortalecem os sistemas biológicos que sustentam a estabilidade e a resiliência psicológica a longo prazo.

É importante destacar que a integração do desporto nos programas de tratamento de dependências favorece a adesão terapêutica e a redução da impulsividade, aspetos críticos para manter a abstinência e alcançar uma recuperação sustentada. A combinação de benefícios neurobiológicos e psicológicos torna o desporto um escudo multifacetado contra a dependência, facilitando tanto a reparação cerebral como a reconstrução do bem-estar subjetivo e social.

A prática desportiva e a competição têm se mostrado ferramentas eficazes de prevenção e reabilitação contra as drogas, não apenas porque representam uma oportunidade de agregação social e diversão, não apenas porque libertam da solidão e do tédio, não apenas porque contribuem para o desenvolvimento das energias da criança e seu controle, mas, acima de tudo, porque ativam um formidável processo de crescimento e maturação da personalidade e do comportamento do adolescente e do jovem.

Ao aumentar o sentido de responsabilidade do indivíduo, especialmente nos desportos coletivos, e ao desenvolver a capacidade de participar de forma construtiva em atividades sociais

e e es em grupo, o desporto representa, sem dúvida, uma das estratégias mais eficazes para a prevenção e reabilitação de dependências patológicas de substâncias.

O desporto permite aprender a adiar o prazer imediato, a satisfação imediata das próprias necessidades e/ou desejos, contribuindo assim para que os jovens interiorizem a consciência de poder controlar melhor a sua impulsividade. O desporto ajuda a canalizar a agressividade, mais concretamente os impulsos violentos e sádicos, ensinando a gerir e controlar o contacto físico e corporal com os outros. Investigadores de todo o mundo concordam que não há nada mais formativo, na idade evolutiva, do que praticar desporto e participar em competições, especialmente em competições de equipa.

2.7. Dimensão psicossocial do desporto

De uma perspetiva sociopsicológica, o desporto proporciona estrutura, pertença e propósito, aspetos essenciais na reinserção social e na recuperação de pessoas afetadas por dependências. Os programas desportivos em comunidades terapêuticas espanholas, como os desenvolvidos pelo Projeto Homem (2021), demonstraram que as atividades em grupo promovem não só a cooperação, a empatia e a resolução não violenta de conflitos, mas também o desenvolvimento de competências comunicativas, a gestão emocional e o estabelecimento de normas de convivência. Ao participar em desportos coletivos, os indivíduos aprendem a respeitar as regras, a aceitar as decisões do grupo e a negociar diferenças, o que fortalece o tecido social e facilita a adaptação aos ambientes comunitários.

O desporto, além disso, atua como um agente transformador da identidade pessoal. Permite reconstruir uma identidade desvinculada do rótulo de «viciado», substituindo-o por uma narrativa de esforço, superação e disciplina (Lox et al., 2019). Este processo de ressignificação pessoal é fundamental para recuperar a autoestima e o sentido de autoeficácia. Através da progressão desportiva, os participantes experimentam conquistas tangíveis, o que reforça a sua confiança e os motiva a manter estilos de vida saudáveis. A perceção de competência e o reconhecimento do grupo contribuem para reduzir a estigmatização e promover uma integração social mais profunda.

No âmbito do grupo, a prática desportiva gera espaços de interação positivos, onde a reciprocidade e a ajuda mútua atuam como reforços sociais. Esses espaços permitem a construção de redes de apoio que transcendem o âmbito desportivo, facilitando a troca de experiências e o acompanhamento em momentos de vulnerabilidade. A reconstrução simbólica do eu social, através do reconhecimento e da validação por parte do grupo, é essencial para prevenir recaídas e consolidar o processo de recuperação. Além disso, o desporto facilita a gestão da frustração e a tolerância à derrota, promovendo estratégias de enfrentamento adaptativas que são transferíveis para outros domínios da vida quotidiana.

Por outro lado, o desporto desempenha um papel especialmente relevante na integração comunitária de pessoas com deficiência intelectual (DI) e em situação de refugiado. Para pessoas com DI, a atividade física adaptada favorece o desenvolvimento de habilidades motoras, a comunicação e a autorregulação emocional, além de facilitar a aquisição de rotinas saudáveis e a participação na vida social. Os programas desportivos orientados para a diversidade funcional incorporam metodologias inclusivas, promovendo a autonomia e o sentimento de pertença.

No caso dos refugiados, o desporto constitui uma via de acesso a experiências de pertença e validação social, permitindo superar barreiras linguísticas e culturais. A participação em atividades desportivas cria um ambiente seguro e acolhedor, onde se promove a integração, a solidariedade e o respeito pela diversidade. Os benefícios documentados incluem a redução dos níveis de ansiedade, a melhoria do bem-estar emocional e a ampliação da rede de apoio social, fatores determinantes para facilitar a adaptação e o estabelecimento de laços na comunidade de acolhimento.

Em resumo, a prática desportiva traz múltiplos benefícios para pessoas com deficiência intelectual e pessoas em situação de refugiado, promovendo a inclusão, o bem-estar físico e psicológico e o fortalecimento do capital social.

2.8. Boas práticas e níveis de assistência

2.8.1. Cuidados primários

Na assistência primária, a prática desportiva é promovida como uma estratégia fundamental tanto para a prevenção de distúrbios de dependência como para a promoção da saúde em geral. De acordo com o programa PAPPS 2022, é dada grande importância à «prescrição de exercício físico» por parte dos profissionais de saúde, que recomendam a atividade física adaptada como parte do tratamento integral dos pacientes (García et al., 2022). Um exemplo prático dessa intervenção é a recomendação de caminhar em ritmo acelerado durante pelo menos 30 minutos por dia, cinco dias por semana, adaptando a intensidade de acordo com a condição física do paciente. Em idosos, podem ser sugeridos exercícios de mobilidade articular em grupo em centros de saúde ou parques públicos.

As intervenções devem ser individualizadas e ajustadas ao contexto cultural e funcional do paciente para garantir a sua eficácia. Por exemplo, em pessoas com deficiência intelectual, o uso de mensagens visuais claras, a repetição de rotinas e o envolvimento ativo de familiares ou cuidadores são essenciais para melhorar a adesão ao programa. Um caso comum poderia ser a organização de sessões de atividade física em família aos fins de semana, como jogos com bola ou circuitos de psicomotricidade, em colaboração com centros municipais e associações desportivas. Da mesma forma, o apoio de monitores desportivos especializados em diversidade funcional facilita a continuidade da prática e garante a integração em atividades comunitárias acessíveis.

2.8.2. Cuidados secundários

No nível secundário, destinado a casos clínicos de gravidade moderada ou grave, o desporto é utilizado como terapia complementar, juntamente com intervenções farmacológicas e psicológicas. As evidências científicas indicam que as atividades físicas em grupo, como workshops de ioga terapêutica, natação adaptada ou caminhadas supervisionadas em grupo, contribuem para reduzir a impulsividade, estabilizar o estado de espírito e fortalecer o compromisso com o tratamento (Ramírez et al., 2020). Por exemplo, em centros de saúde mental, costumam ser organizadas aulas semanais de ioga, nas quais os participantes trabalham a respiração e a relaxação, o que os ajuda a gerir o stress e a ansiedade.

As atividades mais eficazes neste contexto são geralmente aquelas que oferecem estrutura e permitem estabelecer objetivos alcançáveis. Por exemplo, um grupo de pacientes pode participar num desafio mensal de passos caminhados, registando o seu progresso com

pedómetros e celebrando as conquistas e o em conjunto. O feedback contínuo, como a entrega de diplomas ou o reconhecimento verbal por parte dos profissionais, aumenta a motivação e reforça a perseverança. Além disso, a prática regular de exercício em grupo promove a interação social e reduz o isolamento, elemento fundamental para a recuperação psicológica (Farde et al., 2018).

2.8.3. Cuidados terciários

Em comunidades terapêuticas e centros residenciais, o desporto desempenha uma função estruturante na vida quotidiana dos utilizadores. Contribui para uma rotina diária, reduz o surgimento de conflitos interpessoais e fortalece a convivência entre os residentes. Por exemplo, a organização de ligas internas de futebol, torneios de basquetebol ou sessões matinais de ginástica são práticas habituais que promovem a colaboração e o sentimento de pertença ao grupo.

Em pessoas com deficiência intelectual ou patologias duplas, a atividade física atua como eixo central de reabilitação. Um exemplo concreto é a realização de workshops de dança adaptada, onde os participantes trabalham a coordenação, a expressão corporal e a interação social num ambiente seguro e positivo. Estas atividades devem ser avaliadas periodicamente pela equipa terapêutica para ajustar a intensidade, a duração e os objetivos às necessidades individuais. A literatura sugere que os programas que combinam exercício físico com intervenções psicossociais, como o acompanhamento psicológico em grupo, alcançam taxas de retenção até 40% superiores aos programas convencionais, evidenciando a sua eficácia na reabilitação e reinserção social (Farde et al., 2018).

2.9. Desporto e patologia dupla

2.9.1. Dependências de substâncias

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define comorbidade ou diagnóstico duplo como a coexistência, no mesmo indivíduo, de um transtorno devido ao consumo de substâncias psicoativas e outro transtorno psiquiátrico. Em geral, a relação entre a sintomatologia associada ao transtorno psiquiátrico de uma pessoa e a relacionada com uma dependência patológica pode assumir diversas formas. Por um lado, a dependência pode surgir como consequência de um problema psiquiátrico (normalmente, o consumo de substâncias pode representar uma forma de automedicação ou autoterapia): o indivíduo tenta tratar por si mesmo o seu transtorno mental e, posteriormente, o consumo de substâncias acaba por predominar.

Os pacientes com diagnóstico duplo são aqueles que, além da dependência patológica, apresentam transtornos psiquiátricos concomitantes, como transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão maior, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtornos de personalidade. A comorbidade entre o abuso de substâncias e os transtornos de personalidade está associada a um perfil clínico mais grave, a um pior prognóstico e a piores resultados terapêuticos para ambos os transtornos (Kokkevi, Facy, 1993).

Os transtornos mentais que mais frequentemente se apresentam em comorbidade com as dependências patológicas são os transtornos do humor, especialmente em indivíduos com transtorno bipolar, e os transtornos de ansiedade.

2.9.2. Dependências sem substâncias

Nas últimas décadas, o conceito de dependência sofreu uma ampliação notável, estendendo-se além das dependências clássicas de substâncias — como drogas e álcool — para incluir uma série de comportamentos que podem apresentar características semelhantes de compulsividade e perda de controlo. Esses vícios comportamentais, ou «vícios sem substâncias», incluem atividades como o jogo patológico, o vício em Internet e redes sociais, compras compulsivas, vício em sexo ou uso excessivo de videojogos, entre outros.

Os vícios referem-se a uma condição geral em que a dependência psicológica impulsiona a busca pelo objeto viciante, sem o qual a existência perde sentido. No caso específico dos vícios comportamentais, trata-se de uma série de comportamentos disfuncionais em que o objeto do vício não é uma substância, mas um comportamento específico. Caracterizam-se por comportamentos repetitivos que o indivíduo tem dificuldade em controlar, apesar das consequências negativas. Tal como as dependências de substâncias, implicam a busca compulsiva do comportamento, tolerância, necessidade de aumentar a intensidade ou frequência para obter o mesmo efeito, elevado gasto de recursos (em termos de tempo, energia e dinheiro) e sintomas psicológicos de abstinência ao interromper o comportamento.

Além disso, os vícios comportamentais costumam causar um deterioramento significativo das relações interpessoais, do desempenho profissional e da saúde física e mental.

Este fenómeno tem atraído a atenção da comunidade científica internacional, destacando a necessidade de aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes, as consequências para a saúde mental e física e as estratégias terapêuticas eficazes. Os tratamentos clássicos, combinados com intervenções inovadoras como a estimulação magnética transcraniana, complementam-se para alcançar melhores resultados clínicos.

2.9.3. Benefícios do desporto na recuperação da patologia dupla

Benefício	Com consumo de substâncias	Sem consumo de substâncias
<i>Saúde mental</i>	Reduz a ansiedade, o desejo compulsivo e a depressão	Diminui a compulsividade e melhora o estado de espírito
<i>Neurobiológico</i>	Equilibra a dopamina e as endorfinas	Potencia o controlo executivo e a concentração
<i>Alívio do stress</i>	Mecanismo saudável de enfrentamento	Reduz a desregulação emocional
<i>Habilidades sociais</i>	Promove o trabalho em equipa, a rotina e os laços	Promove interações presenciais saudáveis
<i>Prevenção de recaídas</i>	Substitui o reforço da substância por recompensas naturais	Reduz o tempo de risco e a recaída
<i>Autoeficácia</i>	Aumenta a confiança e a disciplina	Reforça a motivação e o progresso

2.9.4. Aplicações práticas

As aplicações práticas do desporto na reabilitação de dependências e patologias duplas requerem um planeamento rigoroso, uma seleção adequada de atividades e uma adaptação e e contínua às necessidades físicas, psicológicas e sociais de cada pessoa. A seguir, descrevemos detalhadamente os principais eixos para a implementação de programas desportivos eficazes:

Tipos de exercício e sua utilidade terapêutica

a) Exercício aeróbico (corrida, natação, ciclismo, caminhada rápida)

Favorece a regulação dos sistemas dopaminérgico e serotoninérgico, reduzindo o desejo compulsivo e a ansiedade.

Melhora a capacidade cardiorrespiratória e a qualidade do sono, elementos alterados nas fases de abstinência.

Pode ser implementado de forma progressiva, individual e facilmente monitorável.

Atividades recomendadas: sessões de 20 a 40 minutos, 3 a 5 vezes por semana, com aumento gradual da intensidade.

b) Desportos coletivos (futebol, basquetebol, voleibol)

Geram capital social, sentido de pertença e integração comunitária.

São especialmente úteis na reconstrução da identidade: do papel de «paciente» para o papel de «colega de equipa».

Permitem trabalhar normas, autocontrolo, gestão de conflitos, aceitação de regras e resiliência perante a derrota.

Recomendado em fases intermédias ou avançadas do tratamento, quando há maior estabilidade clínica.

c) Práticas mente-corpo (ioga, tai chi, pilates, respiração guiada)

Reduzem a ativação fisiológica, a ansiedade e a desregulação emocional.

Úteis em distúrbios de ansiedade, trauma, psicose estabilizada ou alta impulsividade.

Promovem a consciência corporal, o autocontrolo e a autoeficácia.

Sessões semanais de 30 a 60 minutos conduzidas por profissionais formados em cuidados informados sobre trauma.

d) Treino de força

Melhora a autoestima através de progressos mensuráveis.

Benefício para a neuroplasticidade e a estabilidade emocional.

Adequado para pessoas com baixa tolerância a atividades aeróbicas intensas.

Pode ser realizado com faixas elásticas, peso corporal ou cargas leves supervisionadas.

Contextos de aplicação

Centros de reabilitação residencial

Integração do desporto na rotina diária (ginástica matinal, ligas internas, torneios).

Atividades supervisionadas que atuam como estrutura positiva e preventiva de conflitos.

Ideal para trabalhar a convivência, a tolerância à frustração e hábitos saudáveis.

Serviços ambulatoriais

Sessões programadas 1–3 vezes por semana, adaptadas à disponibilidade e ao nível funcional.

Tarefas para casa (por exemplo, caminhar 30 minutos por dia) combinadas com desafios individuais (uso de pedómetro).

Adequado nas fases iniciais e de manutenção do tratamento.

Programas de acompanhamento pós-alta

Atividades desportivas comunitárias como fator protetor contra recaídas.

Encaminhamento para clubes desportivos inclusivos, associações municipais ou grupos liderados por pares.

Mantém laços pró-sociais e rotinas saudáveis após a alta clínica.

Adaptações necessárias

Adaptações clínicas (saúde mental, trauma, deficiência intelectual):

Sessões breves e previsíveis; instruções claras e repetitivas.

Acompanhamento de profissionais formados em diversidade funcional ou trauma.

Redução de estímulos em pessoas com psicose ou hiperreatividade sensorial.

Rotinas muito estruturadas para pessoas com deficiência intelectual ou baixa motivação.

Adaptações por condição física:

Avaliação médica prévia e acompanhamento periódico.

Evitar esforço excessivo ou aumento brusco da intensidade.

Monitorizar sinais de fadiga, tonturas, alterações de humor ou desregulação.

Ferramentas de envolvimento e adesão

Grupos liderados por pares: ex-pacientes ou utilizadores veteranos que atuam como modelos de recuperação.

Clubes desportivos comunitários: acesso a espaços normalizados, redução do estigma e participação social.

Gamificação: desafios de passos, registo de progressos, insígnias, diplomas, marcadores visíveis.

Acompanhamento digital: grupos do WhatsApp ou outras aplicações para comunicação, lembretes e reforço.

Considerações especiais de acordo com o diagnóstico

Psicose: evitar dinâmicas competitivas intensas; atividades calmas, previsíveis e supervisionadas.

Histórico de trauma: ambientes não hierárquicos; evitar contato físico não consentido e espaços com ruído excessivo.

Vícios comportamentais: priorizar práticas presenciais e coletivas que regulam o uso de telas.

Baixa motivação/apatia: atividades lúdicas, de baixa barreira de entrada, reforçadas positivamente.

Integração programática

Inclusão do desporto em planos terapêuticos, reuniões clínicas e objetivos individualizados.

Coordenação entre psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e treinadores.

Revisão periódica do progresso: assistência, estado de espírito, sintomas, funcionalidade e qualidade de vida.

Sinergia terapêutica

O desporto deve ser sempre considerado um complemento integrado no tratamento, e não uma intervenção isolada:

Terapias psicológicas: TCC, intervenção em trauma, entrevista motivacional.

Farmacoterapia: estabilização do estado de espírito e redução dos sintomas.

Intervenções psicossociais: grupos de habilidades, acompanhamento comunitário, psicoterapia em grupo.

2.10. Desporto e deficiência intelectual

O desporto em pessoas com deficiência intelectual requer uma abordagem adaptativa que priorize a compreensão, a segurança e a motivação. Os programas mais eficazes integram a atividade física numa estratégia de desenvolvimento integral que abrange saúde, autonomia e participação social (GIESAD, 2018).

Um desafio crescente neste grupo é o envelhecimento precoce, uma vez que as pessoas com deficiência intelectual (DI) tendem a apresentar um declínio funcional e cognitivo antecipado em relação à população em geral. Este fenómeno traduz-se numa maior prevalência de problemas motores, como perda de força, coordenação e equilíbrio, bem como em dificuldades cognitivas, como deterioração da memória, atenção e velocidade de processamento.

A prática regular de atividade física é fundamental para contrariar estes efeitos. A nível motor, o exercício contribui para manter a mobilidade articular, a coordenação e a força muscular, aspetos essenciais para preservar a autonomia nas atividades da vida diária. Além disso, reduz o risco de quedas e melhora o controlo postural. No plano cognitivo, várias pesquisas demonstraram que o desporto estimula a plasticidade cerebral, favorece a concentração, a memória e a capacidade de planeamento e retarda o deterioramento associado à idade.

Os benefícios documentados incluem melhorias na coordenação motora, no controlo postural, na comunicação e na capacidade de concentração (Barrantes-Brais et al., 2021). Além disso, a prática regular de exercício reduz os níveis de ansiedade e agressividade, facilitando a autorregulação emocional.

As atividades mais adequadas são aquelas com estrutura repetitiva e previsível, como natação, ciclismo, caminhadas ou ioga adaptada, sempre orientadas por profissionais formados em diversidade funcional (Fundação A LA PAR, 2021). No âmbito psicossocial, o desporto atua como um laboratório de habilidades adaptativas: cooperação, respeito às regras e gestão do sucesso ou da frustração.

Essas competências são posteriormente transferidas para a vida cotidiana, favorecendo a integração em contextos laborais ou comunitários. A participação em ligas desportivas inclusivas, como as promovidas pela Federação Espanhola de Desporto para Pessoas com Deficiência Intelectual, ou em iniciativas como a Liga Genuine, reforça o sentimento de pertença e a autoestima das pessoas com DI.

Em contextos de dependência, o desporto atua como substituto da estimulação que a substância oferecia, proporcionando prazer, reconhecimento social e regulação emocional.

Por último, os ambientes desportivos inclusivos constituem espaços de desestigmatização, onde as capacidades prevalecem sobre as limitações. Esta mudança simbólica contribui diretamente para a recuperação psicológica e o empoderamento pessoal.

2.11. Desporto e pessoas em situação de refugiado

As pessoas em situação de refugiado passam por um duplo processo de vulnerabilidade: o trauma do deslocamento e a adaptação a um novo ambiente. A prática desportiva representa, n, uma ferramenta poderosa para restaurar a saúde mental, reconstruir a identidade e gerar integração social (Bauman et al., 2021; Kryszynska et al., 2022).

De uma perspectiva terapêutica, o desporto facilita a expressão emocional não verbal e canaliza a ansiedade pós-traumática. Atividades como futebol, voleibol ou caminhadas em grupo promovem a coesão social e a sensação de controlo sobre o próprio corpo, muitas vezes perdida após experiências de violência ou deslocamento (ACNUR, 2023).

A nível psicossocial, a participação desportiva permite reconstruir a confiança nos outros e nas instituições. Projetos europeus como o Sport for Inclusion Refugees mostraram reduções significativas nos sintomas de depressão e isolamento após seis meses de intervenção.

O desporto também promove a criação de comunidades interculturais onde a convivência é normalizada e os preconceitos são desativados.

No âmbito preventivo, o exercício físico atua como uma barreira ao consumo de substâncias derivadas do trauma. Ao oferecer prazer natural e estrutura, substitui comportamentos de evitação ou automedicação.

O desporto coletivo tem também uma componente simbólica: restaura o sentimento de pertença e contribui para a dignidade do indivíduo como sujeito ativo e valioso.

Em Espanha, iniciativas da Cruz Vermelha e da CEAR implementaram programas desportivos comunitários que combinam exercício físico com acompanhamento psicossocial, conseguindo um impacto positivo tanto na população refugiada como na comunidade de acolhimento.

O desporto oferece assim um espaço de cura coletiva: onde a palavra é insuficiente, o movimento torna-se um meio de comunicação, expressão e esperança. Integrar a atividade física nos programas de intervenção com pessoas em situação de refugiado não é apenas uma questão de bem-estar, mas de direitos humanos.

2.12. Programas desportivos que consideram as necessidades específicas de género

A investigação científica demonstrou que homens e mulheres experimentam a dependência de forma diferente: desde o tipo de substância consumida e as razões do consumo até aos fatores desencadeantes da recaída e à resposta ao tratamento. Consequentemente, as suas necessidades durante o processo de recuperação diferem significativamente:

- As mulheres tendem a enfrentar níveis mais elevados de estigmatização, apresentam mais frequentemente antecedentes de trauma (especialmente violência baseada no género) e podem ter responsabilidades relacionadas com o cuidado de filhos ou outras pessoas dependentes.
- Os homens podem ter dificuldade em expressar emoções, pressão social para se mostrarem «fortes» e uma subdetecção de perturbações de saúde mental concomitantes.

Essas diferenças também se refletem nas preferências desportivas, nos níveis de conforto e nas barreiras de acesso à atividade física. Portanto, integrar uma perspectiva sensível ao género nos programas desportivos não é um luxo, mas uma necessidade.

As primeiras conclusões indicam que:



- Poucos programas são explicitamente concebidos tendo em conta a perspetiva de género.
- As mulheres tendem a preferir atividades holísticas e não competitivas, como ioga, dança ou caminhadas em grupo, especialmente em contextos marcados por traumas.
- Os homens tendem a participar mais em desportos competitivos, embora possam beneficiar significativamente de programas que incorporem o desenvolvimento de competências emocionais.
- As pessoas LGBTQ+ frequentemente afirmam sentir-se excluídas ou inseguras em ambientes desportivos tradicionais.

3. Projetos desportivos para serviços de assistência dedicados ao tratamento de dependências e patologias duplas

Os critérios de acesso à prática desportiva, especialmente em contextos que incluem intervenções de prevenção e tratamento de dependências, têm como objetivo garantir a inclusão e a segurança de todas as pessoas, bem como reconhecer possíveis necessidades específicas relacionadas com determinadas patologias.

No âmbito da saúde, a atenção à qualidade dos serviços prestados é relativamente recente. A qualidade deve ser garantida pela organização dentro da qual o profissional opera. Por isso, o projeto dedicado ao desporto deve definir de forma clara e inequívoca os instrumentos que serão utilizados para garantir essa qualidade.

A humanização das intervenções, a empatia e o respeito pelo paciente são aspetos que fazem parte da qualidade, mas que a transcendem, e devem constituir uma prática intrínseca de todo o profissional de saúde.

As fases do ciclo de qualidade que define os conteúdos de cada intervenção sanitária seguem o ciclo de Deming:

- Análise dos fatores: fase preparatória do planeamento. Por exemplo, é necessário compreender a população-alvo com as suas características clínicas e/ou sociais e as necessidades de saúde que expressa.
- Competências: os recursos humanos disponíveis devem ser considerados tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo. Os voluntários também devem ser tidos em conta.
- Outros recursos: é fundamental registar os recursos financeiros, bens ou serviços disponíveis, para compreender o que é possível e o que não é, e poder elaborar um plano realista dos custos previstos.
- Planeamento 1: definição dos objetivos a atingir. Estes podem ser distribuídos ao longo do tempo, mas devem sempre ter um prazo e ser expressos de forma mensurável, para que se possa avaliar da forma mais objetiva possível se foram atingidos.
- Planeamento 2: definição das ações e intervenções que se pretende implementar. Nesta fase, são estabelecidas as atividades, os prazos, os métodos de execução, etc. O

planeamento deve incluir a estratégia educativa ou terapêutica que se pretende seguir e a forma como o ambiente será utilizado para esse fim.

A avaliação é uma parte essencial de qualquer projeto. Cada projeto deve incluir um conjunto de indicadores que permitam avaliar se os objetivos pré-estabelecidos estão a ser alcançados e analisar aspetos relevantes, como a satisfação dos pacientes, o consumo de recursos e a qualidade das atividades. A avaliação também serve para reajustar o projeto.

A programação e a avaliação devem ser partilhadas. A avaliação final deve ser documentada por escrito e incluir os dados em que se baseia.

É essencial elaborar previamente o projeto individual do paciente, seja ele terapêutico, reabilitador ou educativo.

É importante evitar que um vício patológico favoreça o desenvolvimento de outro. Hausenblas e Downs (2002) identificaram os critérios do vício em exercício físico. O vício em desporto é um comportamento em que a pessoa desenvolve uma dependência excessiva da atividade física, a ponto de afetar negativamente a sua vida cotidiana, social ou profissional. Quem sofre dessa dependência tende a ignorar a fadiga ou o risco de lesões para continuar praticando atividade física de forma compulsiva. Esse tipo de treino intensivo pode causar esforço excessivo com consequências prejudiciais tanto físicas quanto psicológicas.

3.1. Protocolo sobre os critérios de acesso:

A participação num programa de reabilitação desportiva requer uma avaliação prévia rigorosa que garanta a segurança, a adequação clínica e a adequação do perfil do utilizador às atividades propostas. Este protocolo de acesso tem uma dupla função: por um lado, identificar fatores de risco que possam interferir na prática desportiva; e, por outro, estabelecer as bases para uma intervenção personalizada, adaptada às necessidades físicas, psicológicas e sociais de cada pessoa. Para tal, combinam-se entrevistas clínicas, testes padronizados e requisitos administrativos que garantem um quadro seguro, ético e coordenado de participação.

- Entrevista inicial e administração de um questionário anamnésico.
- Avaliação da presença de distúrbios de controlo de impulsos.
- Avaliação dos sintomas de ansiedade.
- Avaliação dos sintomas de abstinência e desejo relacionados com o consumo de substâncias ou com vícios comportamentais.

Existem alguns testes que podem facilitar a recolha de informações quando não se conhece diretamente a pessoa:

- Teste para avaliação de sintomas de ansiedade: STAI Y1/Y2.
- Teste para avaliação do estado depressivo: BDI-II.
- Avaliação de diferentes vícios: ABQ – Addictive Behavior Questionnaire.
- Avaliação de comportamentos autolesivos, hiperativos ou agressivos, problemas relacionados com alucinações e delírios, consumo de álcool ou drogas e estado de espírito deprimido: HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales.

Além disso, é necessário:

- Recolha de dados pessoais (número de identificação fiscal, cartão de saúde).



- Certificado de aptidão médica do médico de cuidados primários, com renovação anual.
- Inscrição e autorização por escrito de participação por parte do Administrador de Apoio/Tutor Legal/Familiar/Paciente, com renovação anual.
- Autorização do psiquiatra de referência ou da Direção Sanitária para a participação em projetos desportivos internos ou externos orientados para a estabilização do quadro clínico, com renovação anual.
- Aliança terapêutica adequada.
- Cumprimento adequado das normas sociais.
- Vestuário adequado à estação do ano.
- Assinatura do consentimento de privacidade para o uso e divulgação de dados clínicos e material promocional.
- Prevenção do desenvolvimento de um vício pelo desporto.

É necessário avaliar o acesso de voluntários ou técnicos, que podem não estar cientes de como uma palavra, uma atitude ou mesmo um silêncio podem gerar desconforto ou problemas. Até mesmo o estímulo e o reforço devem ser expressos de maneira adequada. Por isso, é fundamental uma formação específica dos voluntários, a cargo da equipa profissional, como uma das fases preparatórias do projeto.

Outras medidas organizacionais incluem:

- Criação de grupos de comunicação (e-mail, WhatsApp ou outros) para inscrições, confirmações ou cancelamentos.
- Possibilidade de os pacientes abandonarem o projeto, se assim o desejarem.
- Fornecimento de material desportivo para aluguer ou compra.
- Administração do questionário de qualidade de vida SF-36 para fins de investigação sobre a eficácia clínica.
- Organização do transporte e designação dos responsáveis pelo mesmo.
- Criação de uma equipa de saúde de campo composta por profissionais de saúde mental: técnicos em reabilitação psiquiátrica, educadores, psicólogos, médicos e enfermeiros.
- Respeito pelas normas específicas de cada disciplina desportiva.
- Garantia dos princípios de equidade e inclusão.
- Definição da frequência das saídas (mensais, quinzenais ou semanais) e de possíveis pernoites fora de casa.
- Administração de um questionário de satisfação.

3.2. Avaliação dos programas de exercício

Uma vez implementado o programa desportivo, é essencial contar com um sistema de avaliação que permita avaliar o seu impacto real, identificar áreas de melhoria e ajustar as intervenções à evolução de cada participante. A avaliação não só permite medir resultados clínicos e funcionais, como também garantir a qualidade do projeto, justificar a sua continuidade e fortalecer a tomada de decisões baseada em evidências. Para isso, são utilizados indicadores objetivos e ferramentas validadas que refletem tanto a participação como as mudanças na saúde física, bem-estar psicológico e qualidade de vida.

Indicadores de sucesso:

- Assiduidade: registo da participação nas sessões.



- Condição física: avaliação por meio de testes validados.
- Qualidade de vida: questionários como o WHOQOL-BREF.
- Nível semanal de atividade física: questionários como o IPAQ.

3.3. Integração das equipas sociosanitárias

A eficácia de um programa desportivo de reabilitação depende em grande medida da coordenação interdisciplinar entre os diferentes profissionais envolvidos. O trabalho conjunto entre treinadores, terapeutas, educadores, profissionais de saúde e outros agentes facilita uma abordagem integral que aborda tanto os aspetos físicos como os psicológicos e sociais do processo de recuperação. Esta integração garante coerência terapêutica, continuidade dos cuidados e um acompanhamento adaptado às necessidades de cada participante.

Estratégias de comunicação:

- Reuniões mensais de acompanhamento.
- Relatórios sobre o progresso dos participantes.
- Encaminhamento para recursos de integração comunitária de acordo com necessidades específicas.
- Aplicação de competências para a vida através do desporto (Sport Skills – Life Skills).

4. Fichas de atividades do protocolo desportivo:

4.1. Atividade de Fitness

Departamento responsável pela atividade: Terapia Ocupacional.

Profissionais responsáveis pela atividade: Dinamizadores/Facilitadores de atividades.

Horário: sexta-feira, das 10h15 às 13h00.

Descrição da atividade:

A atividade de Fitness é uma proposta desportiva de carácter comunitário e transversal, concebida para apoiar os utilizadores na manutenção e reforço das rotinas adquiridas durante a internação hospitalar.

É oferecido acompanhamento individualizado que permite aos participantes aplicar os exercícios aprendidos e trabalhar com diferentes materiais e equipamentos, como máquinas de musculação, faixas elásticas e exercícios com o próprio peso corporal, favorecendo a continuidade de hábitos saudáveis e a autonomia.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Garantir a generalização de hábitos saudáveis e a promoção de um estilo de vida ativo.
- Promover a interiorização de rotinas adequadas centradas na atividade física, combinando trabalho cardiovascular, exercícios de fortalecimento e alongamentos.
- Oferecer estratégias para a redução do stress, o apoio à regulação emocional e o reforço da autoestima.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Usuários pertencentes à Área de Recuperação.
- Demonstrar motivação e capacidade para participar com segurança em atividades de condicionamento físico.

CrITÉRIOS de exclusão:

- Limitação física grave ou condição médica que impeça a participação segura.
- Alterações comportamentais que interfiram na segurança ou no funcionamento do grupo.

Metodologia:

As sessões são realizadas semanalmente no ginásio comunitário de Baldiri Aleu.

As atividades incluem treino cardiovascular, exercícios em máquinas, alongamentos e fortalecimento funcional.

As sessões são adaptadas às necessidades físicas e emocionais de cada participante, garantindo a segurança, promovendo a autonomia e favorecendo a adesão às rotinas de atividade física.

Avaliação da atividade:

É realizada uma avaliação observacional contínua ao longo do programa, centrada na participação, evolução, tolerância física, regulação emocional e manutenção das rotinas.

Documentação:

- Registo de assiduidade.
- Relatórios individuais de desempenho ocupacional.

Características da atividade:

Duração	165 minutos
Número de sessões	1 sessão semanal
Horário	Sexta-feira, das 10h15 às 13h
Local	Ginásio na comunidade/centro desportivo “_____”
Material necessário	Equipamento desportivo, máquinas de musculação, faixas elásticas e material de treino individualizado
Avaliação da atividade	Avaliação observacional contínua, com base na participação, evolução física, regulação emocional e adesão às rotinas
Custo da atividade	Utilização das instalações e do material desportivo

4.2. Atividade de exercícios com o próprio peso corporal

Tipo de atividade: Interior/exterior. Atividade em grupo

Departamento responsável pela atividade: Pacientes hospitalizados para tratamento de dependências patológicas

Profissionais responsáveis pela atividade: Educador físico / Técnicos em reabilitação psiquiátrica

Descrição da atividade:

O projeto de exercícios com o próprio peso corporal surge como resposta à necessidade de integrar a atividade física no programa de reabilitação de pessoas hospitalizadas por dependências patológicas.

A experiência clínica e a literatura científica evidenciam que o movimento, especialmente quando realizado em ambientes naturais e não competitivos, constitui uma ferramenta terapêutica eficaz que complementa as intervenções psicológicas e médicas tradicionais.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

A atividade física, especialmente ao ar livre, contribui de forma fundamental para os programas de reabilitação de dependências, graças a:



- Redução da ansiedade e melhoria da regulação emocional.
- Aumento da autoestima e da consciência corporal.
- Reforço da motivação para a mudança.
- Promoção de estilos de vida saudáveis.
- Aumento da tolerância ao stress.
- Fomento da socialização e cooperação entre os participantes.
- Promoção do bem-estar psicofísico através da prática regular de atividade física.

Objetivos específicos:

- Melhoria do bem-estar psicofísico através de exercícios com o próprio peso corporal.
- Redução dos sintomas de *craving* através da prática regular de atividade física.
- Aumento da capacidade de funcionar dentro de um grupo e respeito pelas regras partilhadas.
- Redução dos estados emocionais de tensão, ansiedade e irritabilidade relacionados com o processo de abstinência.
- Apoio à estabilização psicoemocional durante a abstinência.
- Reforço da autoestima, da motivação pessoal para a mudança e da perceção de autoeficácia.
- Consolidação de hábitos saudáveis e atividades alternativas à dependência.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Pacientes com capacidades psicomotoras preservadas.
- Motivação e disposição para participar e cumprir as normas estabelecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitam movimentos seguros.
- Ausência de intoxicação ativa ou alterações relacionadas com o consumo recente de álcool ou outras substâncias.

Critérios de exclusão:

- Condição física incompatível com a segurança da atividade motora.
- Alterações psicológicas ou comportamentais graves (agitação, agressividade, crises emocionais).
- Baixa motivação ou falta de cooperação, incluindo dificuldade em seguir regras ou conflitos ativos com outros pacientes.

Metodologia:

A atividade baseia-se em exercícios com o próprio peso corporal, caracterizados por movimentos simples, facilmente adaptáveis e sem componentes competitivos, favorecendo uma participação tranquila e segura por parte de todos os utilizadores.

O programa segue um princípio de progressão gradual, com um aumento progressivo da intensidade e complexidade dos exercícios, respeitando o ritmo individual e favorecendo a melhoria contínua.

As sessões têm duração variável, geralmente entre 45 e 60 minutos, com uma frequência de duas sessões semanais.

Em condições meteorológicas favoráveis, a atividade é realizada ao ar livre na zona verde do centro.

Os grupos são dirigidos por um profissional qualificado, com adaptações individualizadas de acordo com a situação clínica e física de cada participante.

Cada sessão termina com um espaço de reflexão e partilha, orientado para integrar a experiência e reconhecer as sensações corporais e emocionais emergentes.

Características da atividade:



Duração	30–45 minutos
Número de sessões	2 sessões semanais
Local	Espaços interiores ou exteriores, na zona verde do centro
Material necessário	Colchonetas (no caso de realizar exercícios no chão)
Avaliação da atividade	Espaço final de reflexão e partilha para avaliar a experiência, as sensações corporais e emocionais e o bem-estar psicofísico percebido.
Custo da atividade	Colchonetas

4,3 Atividade de pingue-pongue

Tipo de atividade: Interior / exterior. Atividade em grupo

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização

Profissionais responsáveis pela atividade: Educador físico / Técnicos em reabilitação psiquiátrica

Descrição da atividade:

O pingue-pongue é uma atividade desportiva de baixo impacto, acessível e altamente motivadora, que promove o bem-estar físico e mental. Em programas de reabilitação do alcoolismo e outras dependências, contribui para a melhoria das habilidades motoras, a socialização, a gestão do stress e o desenvolvimento de alternativas saudáveis aos comportamentos de dependência.

Objetivos da atividade

Objetivos gerais:

Promover a recuperação física e psicológica do paciente e o seu bem-estar geral através da prática regular de pingue-pongue, apoiando a adoção de estilos de vida saudáveis e o desenvolvimento de dinâmicas relacionais positivas.

- Incentivar a atividade física.
- Educar para hábitos de vida saudáveis.
- Promover a interação social entre os participantes.

Objetivos específicos:

- Melhoria do bem-estar psicofísico através da atividade motora.
- Reduzir os estados emocionais de tensão, ansiedade e irritabilidade associados ao processo de abstinência.
- Apoio à estabilização psicoemocional durante a abstinência.
- Reforço da autoestima, da motivação pessoal para a mudança e da percepção de autoeficácia.
- Oferecer uma alternativa funcional para a gestão de estados emocionais negativos e do *desejo compulsivo*.
- Estimular a socialização entre pares.
- Promover dinâmicas de cooperação e respeito pelas regras.
- Melhorar as habilidades comunicativas e a assertividade.
- Consolidação de hábitos saudáveis e atividades alternativas à dependência.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Pacientes com capacidades psicomotoras preservadas.



- Motivação e disposição para participar e cumprir as regras estabelecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitam movimentos seguros e o uso da raquete.
- Ausência de intoxicação ativa ou alterações decorrentes do consumo recente de álcool ou outras substâncias.

Crítérios de exclusão:

- Condição física incompatível com a segurança da atividade.
- Alterações psicológicas ou comportamentais graves (agitação, agressividade, crises emocionais).
- Baixa motivação ou falta de cooperação, incluindo dificuldade em seguir regras ou conflitos ativos com outros pacientes.

Metodologia:

A metodologia baseia-se numa abordagem progressiva e adaptável, ajustando a dificuldade e a intensidade do jogo às capacidades físicas e psicológicas de cada participante.

As sessões decorrem num ambiente seguro e controlado, com mesas regulamentares e material adequado. A atividade é organizada em pares ou pequenos grupos para promover a interação social, a cooperação e uma competição positiva.

A duração das sessões é variável, geralmente entre 45 e 60 minutos, com uma frequência de duas sessões semanais.

Em condições meteorológicas favoráveis, a atividade pode ser realizada ao ar livre na zona verde da clínica.

Os grupos são dirigidos por um educador qualificado, com adaptações individualizadas em função da situação clínica e física dos pacientes.

No início e no final de cada sessão, é reservado um breve espaço para diálogo e partilha sobre o bem-estar percebido, com o objetivo de promover a consciência emocional e o acompanhamento do estado de espírito dos participantes.

Características da atividade:

Duração	30/45 minutos
Número de sessões	2 por semana
Local	Interior ou exterior
Material necessário	Mesa de pingue-pongue, raquetes, bolas
Avaliação da atividade	No início e no final de cada sessão, é reservado um breve espaço para diálogo e partilha sobre o bem-estar percebido, com o objetivo de promover a consciência emocional e supervisionar o estado emocional dos participantes.
Custo da atividade	Custo do material para o jogo

4.4. Atividade de corrida

Tipo de atividade: Exterior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização.

Profissionais responsáveis pela atividade: Educador físico / Técnicos em reabilitação psiquiátrica.

Descrição da atividade:

A atividade de corrida faz parte do programa de lazer terapêutico e oferece um espaço de treino em grupo orientado para a preparação progressiva para a realização de uma corrida de 5 km ou 10 km.

A metodologia é progressiva e requer um nível adequado de esforço e motivação. A atividade é complementada com dinâmicas de coesão em grupo e participação em atividades comunitárias, favorecendo a aquisição de hábitos saudáveis e o fortalecimento físico e psicossocial dos participantes.

Objetivos da atividade:**Objetivos gerais:**

- Incentivar e promover a prática regular de exercício físico.
- Educar para hábitos de vida saudáveis.
- Favorecer a socialização entre os participantes.

Objetivos específicos:

- Promover a integração de rotinas saudáveis na vida quotidiana.
- Melhorar as capacidades psicomotoras, favorecendo uma maior autonomia física.
- Oferecer alternativas estruturadas de atividade física saudável.
- Prevenir doenças cardiovasculares.
- Fortalecer as estruturas osteomusculares.
- Melhorar a resistência e a capacidade cardiovascular.

Critérios de inclusão e exclusão:**Critérios de inclusão:**

- Pacientes com capacidades psicomotoras preservadas.
- Demonstrar interesse ou um grau suficiente de motivação para realizar a atividade.

Critérios de exclusão:

- Presença de comportamentos disruptivos.
- Discurso delirante que dificulte o acompanhamento adequado da atividade.
- Sinais de descompensação psicopatológica que possam aumentar os fatores de risco, tanto para o próprio paciente como para o grupo.

Metodologia:

Trata-se de uma atividade comunitária de intensidade moderada a alta. O profissional responsável planeia e dirige o treino de acordo com as características do grupo, tendo em conta o nível de dificuldade, a distância a percorrer, o ritmo da corrida e as condições meteorológicas. O treino é progressivo, com o objetivo final de completar uma corrida de 5 km ou 10 km.

Durante o desenvolvimento da atividade, é proibido fumar. Os participantes devem usar roupas adequadas (roupas e calçados confortáveis); opcionalmente, podem levar boné e água.

São realizadas duas sessões semanais no turno da manhã. Os grupos podem variar em composição, dependendo da disponibilidade e evolução dos utilizadores.

O enfoque da atividade de corrida evolui progressivamente, orientando-se não só para a melhoria da saúde geral, mas também para o fortalecimento do sistema osteomuscular e para o trabalho específico do sistema cardiovascular.

Características da atividade

Duração	60–90 minutos
Número de sessões	2 sessões semanais
Local	Espaços exteriores e percursos comunitários



Material necessário	Roupas e calçados esportivos adequados. Água e boné (opcional).
Avaliação da atividade	Avaliação contínua através da observação da participação, evolução física e capacidade de adaptação ao treino. Espaços de diálogo em grupo para recolher o bem-estar percebido.
Custo da atividade	—

4,5 Atividade de Nordic Walking

Tipo de atividade: Exterior / interior. Atividade em grupo / individual.

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização.

Profissionais responsáveis pela atividade: Educador físico / Educador social / Auxiliar de enfermagem.

Descrição da atividade:

No âmbito do programa de lazer terapêutico, é oferecido um espaço de atividade física através de percursos comunitários que exigem um esforço físico moderado. A atividade é complementada com uma pausa para um pequeno-almoço ligeiro, promovendo a participação social e a coesão do grupo.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Incentivar e promover a prática de exercício físico.
- Educar para hábitos de vida saudáveis.
- Favorecer e promover a interação social entre os participantes.

Objetivos específicos:

- Promover a integração de rotinas saudáveis na vida quotidiana.
- Melhorar as habilidades psicomotoras, favorecendo uma maior autonomia física.
- Oferecer rotinas que ajudem a quebrar o hábito de fumar.
- Prevenir doenças cardiovasculares.
- Prevenir o excesso de peso.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Pacientes com capacidades psicomotoras preservadas.
- Demonstrar interesse ou motivação suficiente para participar na atividade.

Critérios de exclusão:

- Presença de comportamentos disruptivos.
- Discurso delirante que dificulte a participação na atividade.
- Sinais de descompensação psicopatológica que possam aumentar os fatores de risco durante a atividade, tanto para o próprio paciente como para o resto do grupo.

Metodologia:

Trata-se de uma atividade comunitária de intensidade moderada a alta. O profissional responsável propõe diferentes percursos em cada sessão, de acordo com as características do grupo, levando em consideração o nível de dificuldade, a distância a percorrer, o ritmo da caminhada e as condições meteorológicas. As distâncias habituais variam entre 3 e 6 km.



Durante o desenvolvimento da atividade, não é permitido fumar. Os participantes devem usar roupas adequadas (roupas e calçados confortáveis); opcionalmente, podem levar boné e água. É realizada uma sessão semanal pela manhã, podendo variar a composição dos grupos. A denominação «Nordic Walking» responde ao objetivo de evoluir progressivamente a metodologia, incorporando o uso de bastões específicos para o trabalho da força musculoesquelética e do equilíbrio.

Características da atividade

Duração	90 minutos
Número de sessões	1 sessão semanal
Local	Passeios comunitários ao ar livre e espaços acessíveis
Material necessário	Bastões de caminhada nórdica
Avaliação da atividade	Avaliação antes e depois de cada sessão. Tanto os utilizadores como o profissional avaliam a atividade de um ponto de vista subjetivo, tendo em conta o bem-estar percebido e o desenvolvimento da sessão.
Custo da atividade	—

4.6. Atividade de hidroginástica

Departamento responsável pela atividade: Terapia Ocupacional.

Profissional responsável pela atividade: Terapeuta Ocupacional.

Âmbito de atuação: Saúde e Bem-estar.

Descrição da atividade:

A atividade de hidroginástica consiste em sessões de exercício físico em meio aquático destinadas a promover a saúde física e o bem-estar geral. Através de exercícios adaptados e de baixo impacto, incentiva-se a prática regular de atividade física de forma segura, eficiente e motivadora, favorecendo a instauração de hábitos saudáveis a longo prazo.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Promover e interiorizar hábitos de vida saudáveis através da prática regular de exercício físico.
- Ensinar diretrizes para o treino e a manutenção de rotinas de exercício moderado.
- Promover a prática contínua de atividade física de forma adequada e eficaz, com o objetivo de estabelecer hábitos saudáveis a longo prazo.
- Melhorar a coordenação motora global, o ritmo e a agilidade.
- Manter e melhorar a flexibilidade, a resistência e o tônus muscular.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Demonstrar interesse e motivação para participar na atividade.
- Usuários sem patologias orgânicas graves ou contraindicações médicas para a prática de exercício físico.

Critérios de exclusão:

- Deficiência ou disfunção grave que impeça a participação na atividade física.



- Alterações comportamentais que interfiram no funcionamento do grupo.

Metodologia:

As sessões de hidroginástica são realizadas semanalmente nas instalações desportivas do centro desportivo: “_____”

As atividades são realizadas em grupos reduzidos e adaptadas à condição física e funcional de cada participante. A equipa de terapia ocupacional identifica previamente as necessidades, capacidades e considerações de segurança.

As sessões combinam trabalho aeróbico, alongamentos, exercícios de mobilidade e fortalecimento de baixo impacto, garantindo sempre uma adaptação individualizada de acordo com o nível funcional de cada utilizador.

Avaliação da atividade

Mantém-se um clima de grupo muito positivo. A atividade favorece a participação, reforça as relações sociais e potencia o apoio mútuo entre os participantes. As sessões são realizadas na piscina desportiva do centro.

Características da atividade

Duração	45 minutos
Número de sessões	1 sessão semanal
Local	Instalações desportivas “_____” · Piscina do centro
Material necessário	Material aquático básico (boias, pranchas, elementos de flutuação)
Avaliação da atividade	Avaliação contínua pela equipa de Terapia Ocupacional, tendo em conta a participação, a evolução funcional e o bem-estar percebido pelos utilizadores.
Custo da atividade	Utilização da piscina e instalações desportivas

4.7. Atividade de Futebol Comunitário/Intrahospitalar

Departamento responsável pela atividade: Terapia Ocupacional.

Profissional responsável pela atividade: Terapeuta Ocupacional.

Âmbito de atuação: Saúde e Bem-estar.

Descrição da atividade:

A atividade de futebol está incluída no programa de reabilitação das unidades hospitalares como um dos módulos de atividade física de referência. Permite aos participantes fazer parte de uma equipa, desfrutar de um desporto amplamente praticado e trabalhar múltiplas habilidades físicas e motoras que dificilmente são abordadas noutros contextos.

O caráter grupal da atividade favorece a socialização entre os participantes que compartilham um interesse comum pelo futebol, reforçando as relações interpessoais e o sentimento de pertença ao grupo.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Normalizar o futebol como uma atividade desportiva inclusiva para utilizadores interessados na prática de exercício físico em grupo.
- Promover a saúde cardiovascular, muscular e respiratória através da prática regular.



- Reforçar o sentimento de pertença e a perceção de serem membros valiosos de um grupo.
- Fomentar a coesão do grupo, evitando o individualismo e o protagonismo excessivo, priorizando o jogo limpo em detrimento da competitividade.
- Aprender, praticar e interiorizar as regras explícitas e implícitas do jogo.
- Promover hábitos saudáveis antes e depois da atividade física, incluindo higiene e vestuário adequado.

Objetivos das saídas comunitárias:

- Generalizar os objetivos anteriores em ambientes comunitários externos.
- Promover o uso adequado dos recursos comunitários, respeitando as instalações e o material desportivo.
- Facilitar a interação com utilizadores de outros centros a partir de um interesse comum pelo desporto.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Utilizadores motivados para fazer parte de um grupo desportivo.
- Usuários sem patologias orgânicas graves nem contraindicações médicas para a prática de atividade física.

Critérios de exclusão:

- Deficiência ou disfunção grave que impeça a participação segura na atividade física.
- Comportamentos disruptivos ou invasivos que interfiram no funcionamento do grupo.

Metodologia

A atividade de futebol está estruturada em duas modalidades complementares:

Atividade intra-hospitalar:

Sessões semanais de treino misto realizadas no campo de futebol de salão do hospital, sob a supervisão de dois profissionais de apoio clínico, que observam a interação, o trabalho em equipa e a dinâmica do grupo.

Atividade comunitária:

Sessões semanais em instalações desportivas municipais destinadas a participantes que demonstram empenho e boa adaptação na atividade intra-hospitalar. Os jogos comunitários com outros centros seguem os mesmos critérios de participação.

Nota:

Para qualquer saída comunitária, os profissionais de referência devem fornecer informações e dados relevantes sobre cada utilizador (habilidades da vida diária, aspectos comportamentais, capacidades sociais, etc.) a fim de garantir uma prática segura e coordenada.

Avaliação da atividade

É feito um acompanhamento observacional da evolução dos pacientes. A atividade mantém um clima muito positivo, reforça as relações entre pares e é altamente valorizada pelos participantes.

O terapeuta ocupacional, juntamente com o auxiliar, elabora a lista de candidatos, enquanto a equipa médica avalia a adequação final da participação.

Características da atividade

Duração	60–165 minutos (dependendo da modalidade)
Número de sessões	2 sessões semanais
Horário	Terça-feira 10h30–11h30 · Treino intra-hospitalar



	Quintas-feiras, das 10h15 às 13h00 · Treino comunitário)
Local	Campo de futebol de salão do hospital. Ginásio na comunidade/centro desportivo «_____»
População	Pacientes que cumprem os critérios
Método	Grupo fechado e orientado
Material necessário	Material desportivo e equipamento de futebol
Avaliação da atividade	Avaliação observacional contínua da participação, evolução, dinâmica de grupo e comportamento
Documentação	Registo de assiduidade. Registo individual do desempenho ocupacional
Custo da atividade	Utilização de instalações desportivas e material

* A decisão final sobre a participação em saídas comunitárias cabe sempre ao Terapeuta Ocupacional.

4.8. Atividade de Terapia de Montanha

Tipo de atividade: Ao ar livre. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Unidade de hospitalização. Unidade ambulatoria.

Profissionais responsáveis pela atividade: Educador físico / Técnicos em reabilitação psiquiátrica / Guia de montanha qualificado.

Descrição da atividade:

Através de atividades estruturadas ao ar livre em ambientes de montanha, promove-se nos participantes a melhoria do bem-estar físico e mental, o desenvolvimento da consciência emocional e o fortalecimento das habilidades sociais e relacionais. O objetivo geral é potenciar a autoeficácia, a autonomia e a resiliência, oferecendo uma abordagem holística para a reabilitação de dependências.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

Promover a recuperação e o bem-estar global de pacientes com dependência patológica por meio de experiências terapêuticas e de reabilitação em ambientes naturais de montanha.

- Incentivar e promover a atividade física.
- Educar para hábitos de vida saudáveis.
- Favorecer e promover a interação social entre os participantes.

Objetivos específicos:

- Melhorar a gestão do stress e das emoções através de práticas de *mindfulness*, exercícios de respiração e atividades ao ar livre.
- Fortalecer as competências sociais e relacionais dos participantes através de atividades em grupo e exercícios de *team building*.
- Fomentar a autoeficácia, a motivação pessoal e a autonomia por meio de caminhadas e workshops experienciais.
- Promover comportamentos saudáveis e responsáveis, também por meio de atividades de educação ambiental.
- Melhoria do estado de espírito e redução dos sintomas de stress ou ansiedade.
- Aumento das habilidades relacionais e de gestão do stress.
- Autoavaliação positiva do progresso pessoal.

Crítérios de inclusão e exclusão:

CrITÉRIOS de inclusão:

- Pacientes com capacidades psicomotoras preservadas.
- Motivação e disposição para participar e cumprir as regras estabelecidas.
- Habilidades motoras básicas que permitam deslocamentos seguros.
- Ausência de intoxicação ativa ou alterações relacionadas com o consumo recente de álcool ou outras substâncias.

CrITÉRIOS de exclusão:

- Condições físicas incompatíveis com a segurança da atividade.
- Alterações psicológicas ou comportamentais graves (agitação, agressividade, crises emocionais).
- Baixa motivação ou falta de cooperação, incluindo dificuldades em seguir regras ou conflitos ativos com outros pacientes.

Metodologia:

O projeto é dirigido a adultos entre 18 e 65 anos diagnosticados com dependência patológica. A participação é voluntária e requer consentimento informado, com seleção baseada também na compatibilidade do estado de saúde física para realizar atividades moderadas ao ar livre. As atividades previstas incluem passeios terapêuticos e caminhadas leves, exercícios de respiração na natureza. Cada participante é incentivado a manter um caderno pessoal de terapia de montanha, onde registra emoções, reflexões e progressos. A avaliação e o acompanhamento são realizados no início, no meio e no final do programa, por meio de sessões individuais e em grupo que permitem refletir sobre as experiências e as conquistas alcançadas. Por meio dessa abordagem imersiva e de apoio, a Terapia de Montanha pretende oferecer uma experiência transformadora que combine o poder restaurador da natureza com um acompanhamento terapêutico estruturado, favorecendo uma recuperação duradoura do vício.

Características da atividade

Duração	3 horas
Número de sessões	Uma sessão a cada 15 dias
Local	Zonas montanhosas seguras e acessíveis, com trilhos naturais. Refúgios ou pontos de descanso equipados para emergências.
Material necessário	Mochilas. Bastões de trekking. Mapas. Kits de primeiros socorros.
Avaliação da atividade	Avaliação e feedback através de sessões de reflexão individual e em grupo para analisar a experiência vivida.
Custo da atividade	Seguro para os participantes. Custos de transporte.

4.9. Atividade de escalada terapêutica

Tipo de atividade: Interior / exterior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização.



Profissionais responsáveis pela atividade: Instrutor de escalada certificado / Terapeuta (TO, psicólogo ou educador físico).

Âmbito de atuação: Saúde · Reabilitação de dependências · Bem-estar psicofísico.

Descrição da atividade:

A escalada terapêutica é uma atividade física e experiencial que combina exercício, desafio controlado e trabalho emocional. Graças às suas características, permite trabalhar a tomada de decisões, a regulação emocional, a tolerância à frustração e a confiança interpessoal, aspetos fundamentais nos processos de reabilitação de dependências.

A atividade é desenvolvida num ambiente seguro e estruturado, onde os participantes enfrentam desafios progressivos que favorecem o autoconhecimento, a responsabilidade pessoal e a substituição de padrões aditivos por comportamentos saudáveis.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Promover a reabilitação psicossocial por meio de uma atividade física estruturada e segura.
- Substituir padrões de comportamento aditivo por experiências saudáveis e reguladas.
- Promover a autoeficácia, a autoconfiança e a resiliência.

Objetivos específicos:

- Fomentar a responsabilidade e a tomada de decisões, avaliando riscos e consequências antes de agir.
- Aumentar a consciência sobre as consequências das ações, reforçando a relação causa-efeito.
- Melhorar a atenção, a concentração e a força mental, fundamentais na gestão do *desejo compulsivo*.
- Aprender a gerir o medo e o stress num ambiente controlado e seguro.
- Fortalecer a confiança e as habilidades de comunicação, trabalhando em dupla e em grupo.
- Reduzir comportamentos impulsivos e de risco, desenvolvendo uma abordagem planeada e consciente do risco.
- Ativar o sistema de recompensa de forma saudável, através do exercício físico e da realização pessoal.
- Melhorar a consciência corporal, a autoestima e a percepção de autoeficácia.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Usuários motivados a participar de atividades físicas em grupo.
- Capacidade física e psicológica compatível com a prática de escalada básica.
- Aceitação das normas de segurança e trabalho em equipa.

Critérios de exclusão:

- Condições médicas que contraindiquem a atividade (problemas cardiovasculares graves, lesões ativas).
- Distúrbios psicológicos descompensados que dificultem a segurança ou a cooperação.
- Comportamentos impulsivos graves que comprometam o cumprimento das normas.

Metodologia:

A atividade é desenvolvida seguindo uma abordagem progressiva, terapêutica e estruturada:

- Percursos simples e alturas baixas no início.
- Progressão gradual em dificuldade e intensidade.
- Trabalho em pares (escalador-segurador) para promover a confiança e a comunicação.



- Espaços de reflexão antes e depois da sessão para integrar a experiência emocional.

A escalada é utilizada como metáfora terapêutica para trabalhar situações reais da vida quotidiana relacionadas com a gestão do risco, a frustração e a tomada de decisões.

Segurança e gestão de risco:

- Supervisão profissional constante por instrutores qualificados.
- Revisão periódica do material técnico.
- Normas de segurança claras (segurança, comunicação, limites).
- Avaliação médica e terapêutica prévia dos participantes.
- Proporção profissional/utilizador adequada para garantir o controlo.

Avaliação da atividade:

Acompanhamento observacional contínuo centrado em:

- Participação e cumprimento das normas.
- Evolução na gestão emocional e do stress.
- Capacidade de tomada de decisões e controlo da impulsividade.
- Trabalho em equipa e competências relacionais.
- Percepção de bem-estar e autoeficácia.

Características da atividade:

Duração	90–120 minutos
Número de sessões	1 sessão semanal
Local	Parede de escalada interior ou exterior
População	Pessoas em processo de reabilitação de dependências
Método	Atividade em grupo orientada, progressiva e terapêutica
Material necessário	Arnês, cordas, capacete, sapatos de escalada, mosquetões, sistemas de segurança
Avaliação da atividade	Avaliação observacional e espaços de reflexão terapêutica
Custo da atividade	Utilização das instalações, material técnico e pessoal especializado

Conclusão:

A escalada terapêutica é uma ferramenta altamente eficaz para trabalhar aspetos fundamentais na reabilitação de dependências. A sua combinação de desafio físico, regulação emocional e trabalho interpessoal permite uma intervenção profunda, segura e motivadora, facilitando a mudança comportamental e o fortalecimento pessoal.

4.10. Atividade de esqui alpino terapêutico

Tipo de atividade: Exterior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização.

Profissionais responsáveis pela atividade: Instrutor de esqui certificado / Terapeuta (TO, psicólogo ou educador físico).

Âmbito de atuação: Saúde · Reabilitação de dependências · Bem-estar psicofísico e social.

Descrição da atividade:

O esqui alpino terapêutico é uma atividade desportiva ao ar livre que combina exercício físico intenso, conexão com a natureza e um alto nível de concentração. Estas características tornam-



no uma ferramenta complementar de grande valor nos processos de reabilitação de dependências.

A prática do esqui favorece o estabelecimento de rotinas saudáveis, a redução do stress, o fortalecimento da autoestima e a criação de laços sociais positivos, sempre dentro de um quadro profissional, estruturado e seguro.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Promover o bem-estar físico e emocional de pessoas em processo de reabilitação de dependências.
- Oferecer experiências alternativas saudáveis ao consumo de substâncias.
- Reforçar a motivação, a autoeficácia e a adesão ao tratamento.

Objetivos específicos:

- Estimular o sistema de recompensa de forma natural, através da libertação de endorfinas associadas à atividade física.
- Reduzir o stress e a ansiedade, promovendo estados emocionais mais estáveis.
- Potenciar a atenção plena e a concentração, através do foco constante que o esqui exige.
- Melhorar a saúde física geral e a instauração de rotinas ativas.
- Reforçar a autoestima e o sentimento de realização, ao adquirir e melhorar habilidades técnicas.
- Promover a conexão com a natureza, como elemento regulador e restaurador.
- Promover a socialização e o apoio entre pares, reduzindo o isolamento social.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Pessoas em processo de reabilitação de dependências químicas com motivação para participar.
- Condição física compatível com a prática básica de esqui alpino.
- Aceitação e cumprimento das normas de segurança.

Critérios de exclusão:

- Contraindicações médicas para a prática de desporto em ambiente montanhoso.
- Descompensações psicológicas que comprometam a segurança própria ou do grupo.
- Comportamentos impulsivos graves ou dificuldades em respeitar as normas.

Metodologia:

A atividade é desenvolvida dentro de uma abordagem terapêutica, progressiva e supervisionada:

- Início com exercícios básicos e pistas de baixa dificuldade.
- Progressão gradual de acordo com as capacidades físicas e emocionais.
- Sessões em grupo com acompanhamento técnico e terapêutico.
- Espaços de reflexão para integrar a experiência física e emocional.

O esqui também é utilizado como metáfora terapêutica para trabalhar a gestão do risco, a tolerância à frustração, a perseverança e a tomada de decisões conscientes.

Aplicação prática na reabilitação

O esqui alpino é integrado como complemento aos programas terapêuticos tradicionais:

- Sessões de «esqui terapêutico» orientadas por profissionais.
- Mudança de ambiente em relação aos espaços clínicos habituais.
- Aprendizagem de estratégias de enfrentamento e regulação emocional em ambientes reais.

A atividade não substitui a terapia psicológica nem o tratamento médico, mas atua como uma ferramenta complementar.



Avaliação da atividade:

Acompanhamento observacional centrado em:

- Participação e adaptação à atividade.
- Gestão emocional e do stress.
- Capacidade de concentração e autocontrolo.
- Interação social e coesão do grupo.
- Percepção subjetiva de bem-estar e realização pessoal.

Características da atividade:

Duração	Dia inteiro ou sessões de 3 a 5 horas
Número de sessões	Programação pontual ou intensiva (conforme a época do ano)
Local	Estação de esqui alpino
População	Pessoas em processo de reabilitação de dependências
Método	Atividade em grupo orientada e supervisionada
Material necessário	Equipamento de esqui (esquis, botas, capacete, roupa térmica)
Avaliação da atividade	Avaliação observacional e espaços de reflexão terapêutica
Custo da atividade	Forfaits, material, transporte e pessoal especializado

Conclusão:

O esqui alpino terapêutico constitui uma intervenção complementar de alto valor na reabilitação de dependências. A sua combinação de atividade física, atenção plena, contacto com a natureza e experiência em grupo favorece o bem-estar integral, o desenvolvimento pessoal e a consolidação de hábitos saudáveis, sempre dentro de um quadro profissional e seguro.

4.11. Atividade com raquetes de neve

Tipo de atividade: Exterior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Unidade ambulatoria / Unidade de hospitalização.

Profissionais responsáveis pela atividade: Guia de montanha / Terapeuta (TO, psicólogo ou educador físico).

Âmbito de atuação: Saúde · Reabilitação de dependências · Bem-estar físico, emocional e social.

Descrição da atividade:

A caminhada com raquetes de neve é uma atividade de montanha de inverno que combina exercício físico moderado, contacto direto com a natureza e experiências estruturadas em grupo. A sua integração em programas de reabilitação de dependências permite trabalhar a regulação emocional, a atenção plena, a aquisição de rotinas saudáveis e o reforço da autoeficácia. A atividade é desenvolvida num ambiente natural controlado, oferecendo experiências intensas e positivas sem o uso de substâncias, favorecendo processos de mudança e recuperação sustentáveis.

Objetivos da atividade

Objetivos gerais:

- Promover a recuperação física e psicológica de pessoas com dependências.
- Promover alternativas saudáveis e estruturadas ao consumo de substâncias.
- Reforçar a autoestima, a autonomia e a adesão ao tratamento.

Objetivos específicos:

- Melhorar a saúde física geral, reduzindo o stress e a ansiedade através de atividade aeróbica moderada.



- Promover a atenção plena e a presença, através do contacto com o ambiente natural e a consciência corporal.
- Estabelecer uma estrutura e rotina saudáveis, quebrando padrões caóticos associados ao vício.
- Promover a interação social e o sentimento de pertença, através de dinâmicas de grupo.
- Aumentar a autoeficácia e o sentimento de realização, ao superar percursos e desafios pessoais.
- Reduzir o isolamento social, um dos principais fatores de risco de recaída.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Pessoas em processo de reabilitação de dependências químicas com motivação para participar.
- Condição física compatível com caminhadas moderadas em terreno nevado.
- Capacidade de seguir normas básicas de segurança e trabalhar em grupo.

Critérios de exclusão:

- Contraindicações médicas para a prática de atividade física em ambiente montanhoso no inverno.
- Descompensações psicológicas que possam comprometer a segurança do grupo.
- Comportamentos impulsivos graves ou dificuldade em respeitar limites e normas.

Metodologia:

A atividade é desenvolvida com uma abordagem terapêutica, progressiva e supervisionada:

- Seleção de percursos adaptados ao nível físico e emocional do grupo.
- Ritmo controlado, com pausas frequentes e apoio constante.
- Acompanhamento profissional tanto técnico como terapêutico.
- Utilização do percurso como espaço para o trabalho emocional e relacional.

A experiência é complementada com espaços de reflexão em grupo, onde as experiências físicas e emocionais são integradas no processo terapêutico.

Integração no tratamento de dependências

O Snowshoeing pode ser incorporado:

- Como parte de programas residenciais (saídas terapêuticas planeadas).
- Em fases posteriores à desintoxicação, centradas na reabilitação psicossocial.
- Em programas ambulatoriais, através de saídas de fim de semana ou sessões intensivas.

A atividade não substitui a intervenção clínica tradicional, mas atua como complemento terapêutico.

Segurança e gestão de riscos:

- Supervisão por guias de montanha e profissionais terapêuticos qualificados.
- Planeamento de percursos de acordo com a capacidade do grupo e as condições meteorológicas.
- Material adequado e revisão prévia do equipamento.
- Protocolos claros de segurança e atuação em caso de incidentes.

Avaliação da atividade:

Acompanhamento observacional centrado em:

- Participação e adaptação à atividade.
- Gestão do stress e regulação emocional.
- Comportamentos de cooperação e apoio entre pares.
- Percepção subjetiva de bem-estar, motivação e autoeficácia.



Características da atividade:

Duração	Meio período (3–5 horas)
Número de sessões	Programação pontual ou periódica (conforme a época do ano)
Local	Ambiente natural de montanha nevada
População	Pessoas em processo de reabilitação de dependências
Método	Atividade em grupo orientada e supervisionada
Material necessário	Raquetes de neve, bastões, roupa térmica, calçado adequado
Avaliação da atividade	Avaliação observacional e reflexão terapêutica em grupo
Custo da atividade	Material, transporte, guias e pessoal especializado

Conclusão:

A caminhada com raquetes de neve apresenta-se como uma intervenção complementar altamente eficaz na reabilitação de dependências. Oferece experiências significativas, saudáveis e emocionalmente reguladoras em contacto com a natureza, reforçando a autoeficácia, a coesão do grupo e a criação de hábitos de vida saudáveis sem consumo de substâncias.

4.12. Atividade de basquetebol adaptado

Tipo de atividade: Interior/exterior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Área de Desporto Inclusivo / Terapia Ocupacional.

Profissionais responsáveis pela atividade: Monitores desportivos / Terapeutas ocupacionais / Psicopedagogos.

Âmbito de atuação: Educação para a Saúde · Bem-estar físico, emocional e social.

Descrição da atividade:

A atividade de Basquetebol Adaptado é concebida como uma ferramenta educativa, terapêutica e social dirigida a pessoas com deficiência intelectual. O basquetebol, como desporto coletivo e dinâmico, permite trabalhar de forma integrada a saúde física, o desenvolvimento emocional, as competências sociais e aspetos cognitivos como a atenção, o planeamento e a tomada de decisões.

Através de uma metodologia inclusiva e adaptada, a atividade promove a autonomia, a autoestima e a participação ativa na comunidade, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos participantes.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Promover hábitos saudáveis através da prática regular de atividade física.
- Melhorar a condição física, as habilidades motoras e cognitivas.
- Promover a inclusão social, o trabalho em equipa e a autoestima.
- Facilitar experiências desportivas num ambiente inclusivo, educativo e respeitoso.

Objetivos específicos:

- Melhorar a coordenação motora grossa e a condição cardiorrespiratória.
- Favorecer a atenção, a memória e o planeamento através de situações de jogo.
- Promover a comunicação, a cooperação e o respeito pelas regras e turnos.
- Reduzir os níveis de ansiedade e stress e promover uma expressão emocional positiva.
- Reforçar o sentimento de realização, a motivação e o sentimento de pertença ao grupo.
- Interiorizar hábitos relacionados com a higiene, a hidratação, o descanso e os cuidados com o corpo.

Critérios de inclusão e exclusão:**Critérios de inclusão:**

- Pessoas com deficiência intelectual com capacidade para participar em atividades em grupo.
- Interesse e motivação pela prática desportiva.

Critérios de exclusão:

- Condições médicas ou físicas que contraindiquem a prática segura de atividade física.
- Alterações comportamentais graves que impeçam o funcionamento do grupo.

Metodologia:

A metodologia é adaptada, estruturada e centrada na inclusão:

Regras simplificadas e adaptações de acordo com o nível funcional.

Apoio visual e verbal constante.

Utilização de rotinas estáveis e reforço positivo.

Grupos reduzidos e papéis definidos.

Priorizar a inclusão, não a competição.

Incorporação de monitores, terapeutas ocupacionais ou psicopedagogos

Proposta de atividades:*Atividades e características*

1. Lançamentos ao aro
 - Objetivo: Coordenação e precisão
 - Material: Bolas macias, aros
 - Adaptações: Aros a diferentes alturas
2. Jogos em pares
 - Objetivo: Comunicação e trabalho cooperativo
 - Material: Cones, coletes
 - Adaptações: Reforço visual das instruções
3. Mini-jogos
 - Objetivo: Socialização e respeito pelas regras
 - Material: Cesto adaptado
 - Adaptações: Tempo reduzido, equipas mistas
4. Circuitos motores
 - Objetivo: Saúde física e resistência
 - Material: Cones, colchões
 - Adaptações: Ritmo individualizado

As sessões incluem lançamentos ao cesto, jogos cooperativos, mini-jogos e circuitos motores, com adaptações em termos de tempo, material e ritmo.

Avaliação da atividade:

A avaliação é contínua e baseia-se em indicadores como:

- Participação ativa e assiduidade.
- Evolução das habilidades motoras e sociais.
- Aumento da interação social e cooperação.
- Adoção de hábitos saudáveis.
- Bem-estar emocional, prazer e motivação.

Instrumentos:

Fichas de observação, rubricas adaptadas, questionários visuais, registos de hábitos saudáveis.

Características da atividade



Duração	60 minutos por sessão
Número de sessões	2 treinos semanais + 1 jogo mensal
Período	8 meses (outubro – maio)
Local	Polidesportivo / Instalações desportivas adaptadas
População	Pessoas com deficiência intelectual
Método	Grupo reduzido, orientado e inclusivo
Material necessário	Bolas adaptadas, cestos ajustáveis, cones, coletes, colchões
Avaliação da atividade	Avaliação observacional contínua da participação, habilidades, hábitos de saúde e bem-estar emocional
Custo da atividade	Utilização de instalações desportivas, material e deslocações (eventos e campeonato final)

4.13. Atividade de ginástica adaptada para idosos

Tipo de atividade: Interior. Atividade em grupo.

Departamento responsável pela atividade: Terapia Ocupacional / Fisioterapia.

Profissionais responsáveis pela atividade: Fisioterapeuta / Terapeuta ocupacional / Pessoal de apoio e cuidadores.

Âmbito de atuação: Saúde · Prevenção primária · Envelhecimento ativo e bem-estar integral.

Descrição da atividade:

A Gerontoginástica é uma disciplina de atividade física adaptada especialmente indicada para idosos com deficiência intelectual. Ao contrário de outras práticas físicas convencionais, caracteriza-se pelo seu alto grau de adaptabilidade, segurança e enfoque terapêutico integral. Através de exercícios suaves, estruturados e rítmicos, a atividade contribui para a manutenção da mobilidade, autonomia funcional e bem-estar emocional, promovendo um envelhecimento ativo, digno e com maior qualidade de vida.

Objetivos da atividade:

Objetivos gerais:

- Manter e melhorar a mobilidade articular e a força muscular.
- Estimular a coordenação motora, o equilíbrio e a consciência corporal.
- Prevenir a deterioração física, cognitiva e funcional associada ao envelhecimento.
- Promover a socialização, o bem-estar emocional e o sentimento de pertença ao grupo.

Objetivos específicos:

- Estimular a atenção, a memória funcional e a conexão corpo-mente.
- Facilitar a realização das atividades da vida diária (AVD).
- Reduzir o risco de quedas através do trabalho do equilíbrio e da estabilidade postural.
- Diminuir os níveis de ansiedade, stress e comportamentos disruptivos.
- Reforçar a autoestima, a motivação e o sentimento de realização.

Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Idosos com deficiência intelectual leve ou moderada.
- Capacidade de manter-se sentado ou em pé, com ou sem apoio.
- Disposição para participar em atividades de grupo orientadas.

Critérios de exclusão:



- Condições médicas que contraindiquem a atividade física, mesmo de baixa intensidade.
- Descompensações físicas ou comportamentais que comprometam a segurança durante a sessão.

Metodologia:

A metodologia é adaptada, segura e centrada na pessoa, com uma abordagem preventiva e terapêutica:

- Linguagem simples, repetitiva e acompanhamento gestual.
- Exercícios individualizados de acordo com o nível funcional.
- Utilização de materiais lúdicos e seguros (bolas macias, lenços, faixas elásticas, música).
- Grupos reduzidos (6–8 pessoas) com supervisão constante.
- Reforço positivo e rotinas estáveis para favorecer a adesão.

Estrutura da sessão (40 minutos):

1. Aquecimento (10 min): mobilidade articular e respiração guiada.
2. Parte principal (20 min): força suave, equilíbrio, coordenação e jogos motores.
3. Retorno à calma (10 min): relaxamento, alongamentos e atenção plena corporal.

Avaliação da atividade:

A avaliação é contínua e observacional, atendendo a:

- Participação e assiduidade.
- Evolução funcional e motora.
- Bem-estar emocional e motivação.
- Interação social e comportamento em grupo.

A informação é utilizada para ajustar as sessões e prevenir riscos.

Cronograma mensal de ginástica adaptada para idosos

Semana 1

Dia	Atividade principal	Objetivos específicos	Materiais
Segunda	Circuito de mobilidade básica	Avaliar amplitude articular, resistência e tolerância ao exercício	Aros, cones
Quarta	Caminhada assistida + força nas pernas	Fortalecer os quadríceps e melhorar o equilíbrio estático	Cadeiras, bolas
Sexta	Bolas + música (alongamentos)	Estimular a coordenação óculo-manual e favorecer a relaxação	Bolas macias, música

Semana 2

Dia	Atividade principal	Objetivos específicos	Materiais
Segunda	Exercícios com lenços e música	Melhorar a coordenação rítmica e a consciência corporal	Lenços, música
Quarta	Circuito com obstáculos	Promover o equilíbrio dinâmico e a atenção	Cones, colchões
Sexta	Jogos em pares	Reforçar a memória motora e a interação social	Música, cartões visuais

Semana 3

Dia	Atividade principal	Objetivos específicos	Materiais
Segunda	Lançamentos com bolas coloridas	Estimular a discriminação visual e a coordenação	Bolas coloridas



Quarta	Exercícios com faixas elásticas	Melhorar a força muscular e a mobilidade da parte superior do corpo	Faixas elásticas
Sexta	Sequência de passos com cores/números	Estimulação cognitiva: atenção e orientação espacial	Tapetes ou papéis marcados

Semana 4

Dia	Atividade principal	Objetivos específicos	Materiais
Segunda	Circuito favorito do grupo	Reforçar a aprendizagem e promover a autoestima	Aros, bolas
Quarta	Mini-Olimpíadas adaptadas	Avaliar o progresso físico e funcional de forma lúdica	Estações de exercícios
Sexta	Relaxamento guiado + entrega de diplomas	Promover um encerramento positivo e reduzir a ansiedade	Música suave, diplomas

Características da atividade:

Duração	40 minutos
Número de sessões	3 sessões semanais
Local	Sala polivalente do centro / espaço terapêutico
População	Idosos com deficiência intelectual
Método	Grupo reduzido, orientado e adaptado
Material necessário	Cadeiras estáveis, bolas macias, faixas elásticas, lenços, cones, música
Avaliação da atividade	Avaliação observacional contínua do estado físico, cognitivo e emocional
Custo da atividade	Material terapêutico básico

Conclusão:

A gerontoginástica é uma das atividades físicas mais adequadas para idosos com deficiência intelectual, pois combina exercício moderado, segurança, dinâmicas de grupo e um alto valor terapêutico e preventivo. A sua integração sistemática como medida de prevenção primária favorece a autonomia, retarda a deterioração funcional e melhora o bem-estar geral.

5. Conclusões gerais

As evidências apresentadas no documento permitem afirmar que o desporto constitui uma intervenção terapêutica integral, capaz de atuar simultaneamente nos planos neurobiológico, psicológico e social da recuperação de dependências e patologias duais.

Em primeiro lugar, os fundamentos científicos mostram que a atividade física contribui para restaurar sistemas de recompensa deteriorados, promover a neuroplasticidade e melhorar o equilíbrio emocional, elementos-chave na redução do desejo compulsivo e na prevenção de recaídas.

Do ponto de vista psicológico, o desporto fortalece a autoeficácia, regula a ansiedade e consolida hábitos de autocuidado. O quadro teórico revisto (modelo Transteórico, Autodeterminação, resiliência e capital social) explica como estas atividades favorecem a transição para

comportamentos saudáveis, aumentam a motivação intrínseca e permitem reconstruir uma identidade desvinculada da dependência.

No âmbito social, a prática desportiva revela-se um meio privilegiado para gerar integração, sentido de pertença e redes comunitárias de apoio. Isto é especialmente relevante para grupos vulneráveis, como pessoas com deficiência intelectual ou refugiados, para quem o desporto atua como uma ferramenta de inclusão, empoderamento e dignidade.

A análise das boas práticas nos diferentes níveis de assistência evidencia que a atividade física pode ser implementada de forma coerente ao longo de todo o processo terapêutico, desde a atenção primária até às comunidades terapêuticas. A combinação de intervenções adaptadas, supervisão profissional, planos individualizados e mecanismos de adesão constitui um modelo eficaz e sustentável.

Além disso, os riscos potenciais (como o desenvolvimento de dependência do exercício) podem ser prevenidos por meio de protocolos rigorosos de avaliação, critérios de acesso, supervisão clínica e formação do pessoal.

Em conjunto, o documento defende que o desporto não é apenas um complemento, mas um elemento essencial e transversal da abordagem contemporânea das dependências. A sua institucionalização nos serviços de saúde mental e nos programas de reabilitação representa um passo necessário para garantir uma abordagem holística, inclusiva e baseada nos direitos humanos. As evidências disponíveis apoiam a sua integração como ferramenta terapêutica de primeiro nível, com benefícios comprovados na recuperação, funcionalidade e qualidade de vida.

6. Bibliografia

AAIDD (2017) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 12.^a ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Angelucci, F., Ricci, E., Padua, L., Sabino, A. e Tonali, P. (2019) «Neurobiological mechanisms of exercise in addiction recovery», *Neuroscience Letters*, 712, pp. 134–145.

APA (2013) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)*. 5.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Asensio-Hernández, J. e Martín, A. (2022) «Capital social e inclusão através do desporto em populações vulneráveis», *Revista Española de Psicología Social*, 37(2), pp. 115–133.

Bandura, A. (1997) *Autoeficácia: O exercício do controlo*. Nova Iorque: Freeman.

Barrantes-Brais, K., García-Ramírez, M., e Salas, D. (2021) «O desporto como meio para a inclusão e a saúde mental em pessoas com deficiência intelectual», *Psicología y Salud*, 31(1), pp. 41–58.

Bauman, Z., Smith, J. e Fernández, A. (2021) «Trauma, deslocamento e resiliência: perspectivas sobre saúde mental em pessoas em situação de refugiado», *Revista de Intervenção Psicossocial*, 25(3), pp. 212–231.

CEAR (2022) *Programa Desporto e Refúgio: Avaliação de Impacto 2021–2022*. Málaga: Comissão Espanhola de Ajuda ao Refugiado.

Deci, E.L. e Ryan, R.M. (1985) *Motivação intrínseca e autodeterminação no comportamento humano*. Nova Iorque: Plenum Press.

Diener, E. (2000) «Bem-estar subjetivo: a ciência da felicidade e uma proposta para um índice nacional», *American Psychologist*, 55(1), pp. 34–43.

Farde, L., Ramírez, A. e Sánchez, M. (2018) «Exercício físico como complemento à terapia em centros de tratamento de dependência», *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), pp. 105–129.

Fundação A LA PAR (2021) *Desporto e Inclusão: Avaliação do Impacto de Programas Adaptados à Deficiência Intelectual*. Madrid: Fundação A LA PAR.

García, R., Domínguez, J. e López, I. (2022) «Prescrição de exercício físico na atenção primária: resultados do programa PAPPS», *Atenção Primária*, 54(3), pp. 145–153.

GIESAD (2018) *Guia de intervenção em dependências e deficiência intelectual*. Madrid: Grupo de Investigação em Saúde e Dependências (GIESAD).

González-Sánchez, M., López-Torrecillas, F. e Pérez-García, M. (2020) «Exercício físico e neuroplasticidade no tratamento de dependências», *Revista de Psicologia Clínica com Crianças e Adolescentes*, 7(2), pp. 51–64.

Krysinska, K., Burkhardt, J. e Tran, T. (2022) «O desporto como ferramenta para a inclusão social dos refugiados: evidências de programas comunitários europeus», *Revista de Estudos sobre Refugiados*, 35(4), pp. 754–773.

López-Romero, A. e Iglesias, J. (2020) «Exercício físico, sono e abstinência: uma revisão de intervenções recentes», *Revista Espanhola de Psicologia Aplicada*, 12(1), pp. 65–80.

López-Torrecillas, F. e Rueda, R. (2016) «Desporto e resiliência: estratégias psicológicas na prevenção de recaídas», *Psicothema*, 28(3), pp. 214–222.

Lox, C.L., Martin, K.A. e Petruzzello, S.J. (2019) *A Psicologia do Exercício: Integrando Teoria e Prática*. 4.ª ed. Nova Iorque: Routledge.

Martín-Doménech, A. e Peiró-Pérez, I. (2021) «Adaptação de programas desportivos na atenção a pessoas com deficiência intelectual», *Revista de Psicologia e Educação Especial*, 18(2), pp. 87–101.

Morral, F., Gil, R. e López, V. (2025) «Atividade física e saúde mental em ambientes residenciais: revisão sistemática», *Revista de Saúde Comunitária*, 41(1), pp. 12–37.

Proyecto Hombre (2021) *Avaliação dos resultados do programa de desporto terapêutico 2019–2021*. Granada: Fundação Proyecto Hombre.

Ramírez, C., Torres, P. e Varela, M. (2020) «O desporto como terapia complementar nas dependências: resultados em unidades clínicas espanholas», *Revista de Intervenção Psicológica*, 32(2), pp. 87–106.

Reche García, R. (2019) «O modelo transteórico de mudança aplicado ao exercício físico na reabilitação de dependências», *Revista Espanhola de Psicologia do Desporto*, 28(4), pp. 145–161.

Rodríguez-Martos, A. (2017) *Modelo biopsicossocial e dependências: bases teóricas e estratégias clínicas*. Barcelona: Socidrogalcohol.

ACNUR (2023) *Sport for Protection Toolkit: Programming with Young People in Forced Displacement Settings*. Genebra: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados.

Wang, X., Chen, Z., Liu, J. e Zhao, Y. (2021) «Exercise as a neuroprotective intervention in substance use disorders», *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, pp. 1–12.

Sport for Inclusion Refugees (2023) Relatório de resultados do projeto europeu Sport for Inclusion Refugees 2023. Bruxelas: Comissão Europeia.

Cruz Vermelha Espanhola (2023) Relatório anual dos programas desportivos comunitários para refugiados. Madrid: Cruz Vermelha.



Co-funded by
the European Union

Protokoll über die Vorteile körperlicher Aktivität in Therapien zur Suchtbehandlung

2025



RESTART

RESTART Project

REhabilitative Sport contributing To
Addictions Recovery Treatments



Co-funded by
the European Union



Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur Bildung, Audiovisuelles und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür haftbar gemacht werden.

INDEX:

1.	Einleitung.....	4
2.	Sucht und Sport: Begriffe.....	4
2.1.	Sucht, geistige Behinderung und Flüchtlingsstatus	4
2.2.	Theoretischer Rahmen für Sport und Genesung	5
2.3.	Transtheoretisches Modell der Veränderung.....	5
2.4.	Theorie der Selbstbestimmung.....	5
2.5.	Theorie des subjektiven Wohlbefindens und der Resilienz	5
2.6.	Sozialkapital und Zugehörigkeitsgefühl.....	5
2.7.	Psychosoziale Dimension des Sports	7
2.8.	Bewährte Praktiken und Versorgungsstufen.....	8
2.8.1.	Primärversorgung.....	8
2.8.2.	Sekundäre Gesundheitsversorgung	9
2.8.3.	Tertiäre Versorgung	9
2.9.	Sport und Doppeldiagnose	9
2.9.1.	Substanzabhängigkeit.....	9
2.9.2.	Nicht-substanzbezogene Sucht	10
2.9.3.	Vorteile des Sports bei der Genesung von Doppeldiagnosen	11
2.9.4.	Praktische Anwendungen.....	11
2.10.	Sport und geistige Behinderung	13
2.11.	Sport und Menschen mit Flüchtlingsstatus	14
2.12.	Sportprogramme unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse	15
3.	Sportprojekte für Suchthilfeeinrichtungen, die sich der Behandlung von Suchterkrankungen und Doppeldiagnosen widmen	16
3.1.	Protokoll über die Zugangskriterien:.....	17
3.2.	Bewertung der Bewegungsprogramme	18
3.3.	Integration der sozialmedizinischen Teams	19
4.	Datenblätter zu den Aktivitäten des Sportprotokolls:	19
4.1.	Fitnessaktivität	19



4.2.	Aktivität mit dem eigenen Körpergewicht	20
4.3.	Tischtennis	22
4.4.	Lauftraining	24
4.5.	Nordic Walking	25
4.6.	Aquagym	27
4.7.	Gemeinschaftsfußball / Krankenhausfußball	28
4.8.	Bergtour	30
4.9.	Therapeutisches Klettern	31
4.10.	Therapeutisches Skifahren	33
4.11.	Schneeschuhwandern	35
4.12.	Angepasste Basketballaktivität	37
4.13.	Angepasste Seniorengymnastik	40
5.	Allgemeine Schlussfolgerungen	42
6.	Literaturverzeichnis	44



1. Einführung

Sucht wird heute nicht mehr als bloße Verhaltensabweichung verstanden, sondern als komplexe Störung biopsychosozialer Natur. In diesem integrativen Rahmen hat sich Sport als therapeutisches Instrument mit zahlreichen nachgewiesenen Vorteilen herausgestellt. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass regelmäßige körperliche Aktivität sich positiv auf die Verringerung des Verlangens (Craving), die Verbesserung der Stimmung, die Stärkung sozialer Fähigkeiten und die Festigung gesunder Gewohnheiten auswirkt (López-Torrecillas und Rueda, 2016; González-Sánchez et al., 2020).

In besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen, wie Menschen mit geistiger Behinderung (GB) und Flüchtlingen, erfüllt Sport darüber hinaus eine integrative und rehabilitative Funktion, die über das Physiologische hinausgeht und sich positiv auf das Selbstwertgefühl, die Integration in die Gemeinschaft und die Lebensqualität auswirkt (Barrantes-Brais et al., 2021; UNHCR, 2023). Sein universeller, strukturierender und symbolisch bedeutsamer Charakter macht ihn zu einem idealen Mittel für psychosoziale Interventionen in prekären Situationen, in denen die Genesung nicht nur Abstinenz, sondern auch die Wiederherstellung der Identität und der sozialen Beziehungen erfordert.

In diesem Dokument wird zunächst der theoretische Rahmen behandelt, der die Beziehung zwischen körperlicher Aktivität, Motivation und Verhaltensänderung untermauert. Anschließend werden die neurobiologischen und psychologischen Grundlagen erläutert, die die Auswirkungen des Sports auf die Genesung von Suchterkrankungen erklären. Anschließend werden die psychosoziale Dimension der Bewegung, ihre Rolle bei der Suchtbehandlung, bewährte Praktiken und klinische Anpassungen auf den verschiedenen Versorgungsebenen (primär, sekundär und tertiär) behandelt und schließlich der Wert des Sports für Menschen mit Flüchtlingsstatus analysiert, bevor mit therapeutischen und sozialen Implikationen abgeschlossen wird.

2. Sucht und Sport: Konzepte

2.1. Sucht, geistige Behinderung und Flüchtlingsstatus

Sucht wird laut DSM-5 (APA, 2013) als problematisches Konsummuster von Substanzen definiert, das durch Kontrollverlust, Toleranz und anhaltenden Konsum trotz negativer Folgen gekennzeichnet ist. In Spanien hat Socidrogalcohol einen biopsychosozialen Ansatz gefördert, in dem genetische, psychologische und soziale Faktoren zusammenlaufen (Rodríguez-Martos, 2017).

Eine geistige Behinderung bedeutet erhebliche Einschränkungen der intellektuellen Funktionen und des adaptiven Verhaltens, die sich vor dem 18. Lebensjahr manifestieren (AAIDD, 2017). Diese Einschränkungen beeinträchtigen die emotionale Selbstregulierung, die Planung und das Verständnis von Konsequenzen, was die Anfälligkeit für Substanzkonsum erhöht (GIESAD, 2018).

Bei Menschen mit Flüchtlingsstatus erhöhen traumatische Erlebnisse, der Verlust sozialer Netzwerke und Zwangsvertreibung das Risiko für Depressionen, Angstzustände und Suchtverhalten (Bauman et al., 2021). Sport kann einen therapeutischen Weg zur persönlichen



und gemeinschaftlichen Wiederherstellung bieten und als Mittel zur emotionalen Regulierung und Sozialisierung dienen.

2.2. Theoretischer Rahmen für Sport und Genesung

Die Rolle des Sports bei der Suchtbekämpfung lässt sich am besten anhand einer Integration verschiedener psychologischer Modelle verstehen. Diese Perspektive ermöglicht es, die vielfältigen Faktoren anzugehen, die den Prozess der Veränderung und Anpassung beeinflussen, wobei sowohl individuelle als auch soziale und emotionale Aspekte berücksichtigt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten theoretischen Rahmenwerke beschrieben, die die Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und Genesung begründen, wie das transtheoretische Modell der Veränderung, die Selbstbestimmungstheorie, die Theorie des subjektiven Wohlbefindens und der Resilienz sowie das Konzept des Sozialkapitals und des Zugehörigkeitsgefühls. Die Analyse dieser Ansätze bietet einen umfassenderen Überblick darüber, wie Sport nicht nur als therapeutisches Instrument, sondern auch als Motor für Integration, Motivation und persönliches Wachstum in verschiedenen Kontexten der Vulnerabilität wirken kann.

2.3. Transteoretisches Modell der Veränderung

Dieses von Prochaska und DiClemente entwickelte Modell sieht fünf Phasen der Veränderung vor: Vorüberlegung, Überlegung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung. Sport erleichtert diesen Übergang, indem er positive Verstärkung, beobachtbares Feedback und ein Gefühl des Fortschritts vermittelt. In spanischen Studien hat die Einbeziehung strukturierter körperlicher Aktivität in Behandlungsphasen die Therapietreue deutlich verbessert (Reche García, 2019).

2.4. Selbstbestimmungstheorie

Laut Deci und Ryan (1985) hängt das psychische Wohlbefinden von drei Grundbedürfnissen ab: Autonomie, Kompetenz und Beziehung. Sport aktiviert diese gleichzeitig: Er fördert die Autonomie, indem er Entscheidungen über Tempo und Ziele ermöglicht, entwickelt die Kompetenz, indem er messbare Fortschritte aufzeigt, und stärkt die Beziehung durch Gruppenarbeit. Dieses motivationale Gleichgewicht beugt Rückfällen vor und stärkt das Engagement für die Genesung.

2.5. Theorie des subjektiven Wohlbefindens und der Resilienz

Subjektives Wohlbefinden wird mit regelmäßiger moderater körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht, die positive Emotionen steigert und Angstzustände und Depressionen reduziert (Diener, 2000). Darüber hinaus fördert Sport die Resilienz, verstanden als die Fähigkeit, sich an Widrigkeiten anzupassen und sie in persönliches Wachstum umzuwandeln (López-Torrecillas und Rueda, 2016).

2.6. Sozialkapital und Zugehörigkeitsgefühl

Mannschaftssport schafft soziales Kapital, indem er Vertrauen, Solidarität und Zusammenarbeit fördert (Asensio-Hernández und Martín, 2022). Im Zusammenhang mit Suchterkrankungen sind diese Gemeinschaftsnetzwerke von grundlegender Bedeutung, um die Abstinenz aufrechtzuerhalten und ein alternatives Umfeld zum Konsumkreis zu bieten.

Neurobiologische und psychologische Grundlagen des Sports als Schutzschild gegen Sucht



Körperliche Bewegung spielt eine grundlegende Rolle bei der Regulierung der neurobiologischen Systeme, die an der Sucht beteiligt sind, indem sie auf das dopaminerge, serotonerge und endorphinerge System einwirkt, die für die Modulation von Neurotransmittern verantwortlich sind, die mit Freude, Motivation und emotionalem Wohlbefinden in Verbindung stehen (Angelucci et al., 2019). Regelmäßige körperliche Aktivität führt zu einer kontrollierten Freisetzung von Dopamin und Serotonin, was dazu beiträgt, das durch den chronischen Konsum von Substanzen gestörte neurochemische Gleichgewicht wiederherzustellen (). Dieser neuroregulatorische Effekt ist besonders in den Anfangsphasen der Genesung relevant, wenn das Belohnungssystem des Gehirns geschwächt ist und die Motivation für Aktivitäten, die nicht mit dem Konsum in Verbindung stehen, gering ist.

Darüber hinaus bewirkt körperliche Bewegung einen signifikanten Anstieg des brain-derived neurotrophic factor (BDNF), eines Proteins, das für die Neuroplastizität und das Überleben der Neuronen unerlässlich ist. Der Anstieg des BDNF fördert die Regeneration der Neuronen und die kognitive Anpassung und gleicht so die durch den langjährigen Drogenmissbrauch verursachten kortikalen und subkortikalen Schäden aus (Wang et al., 2021). Die Verbesserung der Neuroplastizität führt zu einer größeren Fähigkeit, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln, das Gedächtnis und die Entscheidungsfindung zu verbessern – Schlüsselemente bei der Rückfallprävention.

Aus psychologischer Sicht stärkt Sport die Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit, Konzepte, die von Bandura (1997) entwickelt wurden und für den Genesungsprozess von entscheidender Bedeutung sind. Das Setzen und Erreichen von progressiven Zielen während der körperlichen Aktivität stärkt das Gefühl der Kompetenz und verringert das Gefühl der Hilflosigkeit, das Menschen in einer Abhängigkeitssituation häufig begleitet. Diese positive Verstärkung fördert die intrinsische Motivation und erleichtert den Übergang zu einem gesünderen Lebensstil.

Sport ist außerdem eine funktionelle Alternative zum Konsum von Substanzen zur Regulierung der Emotionen. Da er ein natürliches Ventil für negative Emotionen wie Angst, Wut oder Frustration bietet, hat sich körperliche Aktivität als therapeutisches Mittel zum Stressmanagement und zur Vorbeugung von zwanghaftem Konsum etabliert. Es gibt Hinweise darauf, dass regelmäßiger Sport die Frustrationstoleranz verbessert und die Entwicklung adaptiver Bewältigungsstrategien fördert, wodurch die Anfälligkeit für Risikosituationen verringert wird.

Ein weiterer wichtiger neurobiologischer Effekt ist die Fähigkeit von Bewegung, durch Sucht gestörte zirkadiane Rhythmen wiederherzustellen. Körperliche Aktivität trägt zur Normalisierung der Schlaf-Wach-Zyklen bei, verbessert die Schlafqualität und reduziert Müdigkeit, was sich positiv auf das neuroendokrine Gleichgewicht und die allgemeine Stimmung auswirkt. Diese physiologischen Veränderungen lindern nicht nur die mit dem Entzug verbundenen Symptome, sondern stärken auch die biologischen Systeme, die die langfristige psychische Stabilität und Widerstandsfähigkeit unterstützen.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Integration von Sport in Suchtbehandlungsprogramme die Therapietreue fördert und die Impulsivität verringert, was für die Aufrechterhaltung der Abstinenz und eine nachhaltige Genesung von entscheidender Bedeutung ist. Die Kombination aus neurobiologischen und psychologischen Vorteilen macht Sport zu einem vielseitigen Schutzschild gegen Sucht und erleichtert sowohl die Reparatur des Gehirns als auch die Wiederherstellung des subjektiven und sozialen Wohlbefindens.



Sport und Wettkämpfe haben sich als wirksame Instrumente zur Prävention und Rehabilitation von Drogenmissbrauch erwiesen, nicht nur, weil sie eine Gelegenheit zur sozialen Integration und zum Spaß bieten, nicht nur, weil sie von Einsamkeit und Langeweile befreien, nicht nur, weil sie zur Entwicklung der Energien des Kindes und zu deren Kontrolle beitragen, sondern vor allem, weil sie einen beeindruckenden Prozess des Wachstums und der Reifung der Persönlichkeit und des Verhaltens von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Gang setzen.

Durch die Stärkung des Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen, insbesondere im Mannschaftssport, und durch die Entwicklung der Fähigkeit, sich konstruktiv an sozialen und Gruppenaktivitäten zu beteiligen, ist der Sport zweifellos eine der wirksamsten Strategien zur Prävention und Rehabilitation von pathologischen Substanzabhängigkeiten.

Sport lehrt, unmittelbare Befriedigung, die sofortige Erfüllung eigener Bedürfnisse und/oder Wünsche aufzuschieben, und trägt so dazu bei, dass junge Menschen das Bewusstsein verinnerlichen, ihre Impulsivität besser kontrollieren zu können. Sport hilft dabei, Aggressivität, insbesondere gewalttätige und sadistische Impulse, zu kanalisieren, indem er lehrt, den physischen und körperlichen Kontakt mit anderen zu steuern und zu kontrollieren. Forscher aus aller Welt sind sich einig, dass es in der Entwicklungsphase nichts Formativeres gibt als Sport zu treiben und an Wettkämpfen teilzunehmen, insbesondere an Mannschaftswettkämpfen.

2.7. Psychosoziale Dimension des Sports

Aus sozialpsychologischer Sicht bietet Sport Struktur, Zugehörigkeit und Sinn, wesentliche Aspekte für die soziale Wiedereingliederung und Genesung von Menschen, die von Suchterkrankungen betroffen sind. Sportprogramme in spanischen therapeutischen Gemeinschaften, wie sie beispielsweise von Proyecto Hombre (2021) entwickelt wurden, haben gezeigt, dass Gruppenaktivitäten nicht nur Zusammenarbeit, Empathie und gewaltfreie Konfliktlösung fördern, sondern auch die Entwicklung von Kommunikationsfähigkeiten, den Umgang mit Emotionen und die Festlegung von Regeln für das Zusammenleben. Durch die Teilnahme an Mannschaftssportarten lernen die Menschen, Regeln zu respektieren, Gruppenentscheidungen zu akzeptieren und Differenzen auszuhandeln, was das soziale Gefüge stärkt und die Anpassung an das Gemeinschaftsleben erleichtert.

Sport wirkt darüber hinaus als transformierender Faktor für die persönliche Identität. Er ermöglicht es, eine Identität aufzubauen, die nicht mehr mit dem Etikett „süchtig“ verbunden ist, und ersetzt dieses durch eine Erzählung von Anstrengung, Überwindung und Disziplin (Lox et al., 2019). Dieser Prozess der persönlichen Neudefinition ist entscheidend für die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und des Gefühls der Selbstwirksamkeit. Durch sportliche Fortschritte erleben die Teilnehmer greifbare Erfolge, was ihr Selbstvertrauen stärkt und sie motiviert, einen gesunden Lebensstil beizubehalten. Das Gefühl der Kompetenz und die Anerkennung durch die Gruppe tragen dazu bei, Stigmatisierung abzubauen und eine tiefere soziale Integration zu fördern.

Im Gruppenumfeld schafft die Ausübung von Sport Räume für positive Interaktion, in denen Gegenseitigkeit und gegenseitige Hilfe als soziale Verstärkung wirken. Diese Räume ermöglichen den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken, die über den sportlichen Bereich hinausgehen und den Austausch von Erfahrungen und die Begleitung in Momenten der Verletzlichkeit erleichtern. Die symbolische Rekonstruktion des sozialen Selbst durch Anerkennung und Bestätigung durch die Gruppe ist unerlässlich, um Rückfälle zu verhindern und den Genesungsprozess zu festigen.



Darüber hinaus erleichtert Sport den Umgang mit Frustration und die Toleranz gegenüber Niederlagen und fördert adaptive Bewältigungsstrategien, die auf andere Bereiche des täglichen Lebens übertragbar sind.

Darüber hinaus spielt Sport eine besonders wichtige Rolle bei der Integration von Menschen mit geistiger Behinderung (GB) und Flüchtlingen in die Gemeinschaft. Für Menschen mit GB fördert angepasste körperliche Aktivität die Entwicklung motorischer Fähigkeiten, die Kommunikation und die emotionale Selbstregulierung und erleichtert darüber hinaus die Aneignung gesunder Routinen und die Teilnahme am sozialen Leben. Sportprogramme, die auf funktionale Vielfalt ausgerichtet sind, beinhalten inklusive Methoden und fördern die Selbstständigkeit und das Zugehörigkeitsgefühl.

Für Flüchtlinge ist Sport ein Weg, um ein Gefühl der Zugehörigkeit und sozialen Anerkennung zu erlangen und sprachliche und kulturelle Barrieren zu überwinden. Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten schafft ein sicheres und einladendes Umfeld, in dem Integration, Solidarität und Respekt für Vielfalt gefördert werden. Zu den dokumentierten Vorteilen gehören die Verringerung von Angstzuständen, die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens und die Erweiterung des sozialen Netzwerks – allesamt entscheidende Faktoren, die die Anpassung und den Aufbau von Beziehungen in der Aufnahmegemeinschaft erleichtern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Sport für Menschen mit geistiger Behinderung und Flüchtlinge zahlreiche Vorteile mit sich bringt, indem er die Inklusion, das körperliche und psychische Wohlbefinden und die Stärkung des sozialen Kapitals fördert.

2.8. Bewährte Verfahren und Versorgungsniveaus

2.8.1. Primäre Gesundheitsversorgung

In der Primärversorgung wird Sport als grundlegende Strategie sowohl zur Prävention von Suchterkrankungen als auch zur Förderung der allgemeinen Gesundheit gefördert. Gemäß dem Programm PAPPS 2022 wird der „Verordnung von körperlicher Bewegung“ durch medizinisches Fachpersonal große Bedeutung beigemessen, das angepasste körperliche Aktivität als Teil der ganzheitlichen Behandlung von Patienten empfiehlt (García et al., 2022). Ein praktisches Beispiel für diese Maßnahme ist die Empfehlung, mindestens 30 Minuten täglich an fünf Tagen in der Woche zügig zu gehen, wobei die Intensität an die körperliche Verfassung des Patienten angepasst wird. Älteren Menschen können Gelenkbeweglichkeitsübungen in Gruppen in Gesundheitszentren oder öffentlichen Parks empfohlen werden.

Die Maßnahmen müssen individuell angepasst und auf den kulturellen und funktionalen Kontext des Patienten abgestimmt werden, um ihre Wirksamkeit zu gewährleisten. Bei Menschen mit geistiger Behinderung sind beispielsweise klare visuelle Botschaften, die Wiederholung von Routinen und die aktive Einbeziehung von Familienangehörigen oder Betreuern unerlässlich, um die Einhaltung des Programms zu verbessern. Ein gängiges Beispiel wäre die Organisation von Familien-Bewegungssitzungen am Wochenende, wie Ballspiele oder Psychomotorik-Parcours, in Zusammenarbeit mit kommunalen Zentren und Sportvereinen. Ebenso erleichtert die Unterstützung durch auf funktionale Vielfalt spezialisierte Sportlehrer die Kontinuität der Praxis und gewährleistet die Integration in barrierefreie Gemeinschaftsaktivitäten.



2.8.2. Sekundäre Versorgung

Auf der sekundären Ebene, die sich an klinische Fälle mittlerer oder schwerer Schwere richtet, wird Sport als ergänzende Therapie neben pharmakologischen und psychologischen Interventionen eingesetzt. Wissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass körperliche Gruppenaktivitäten wie therapeutische Yoga-Workshops, angepasstes Schwimmen oder betreute Gruppenwanderungen dazu beitragen, Impulsivität zu reduzieren, die Stimmung zu stabilisieren und das Engagement für die Behandlung zu stärken (Ramírez et al., 2020). In Einrichtungen für psychische Gesundheit werden beispielsweise häufig wöchentliche Yogakurse organisiert, in denen die Teilnehmer Atem- und Entspannungsübungen machen, die ihnen helfen, mit Stress und Ängsten umzugehen.

Die wirksamsten Aktivitäten in diesem Zusammenhang sind in der Regel solche, die Struktur bieten und das Setzen erreichbarer Ziele ermöglichen. Beispielsweise kann eine Gruppe von Patienten an einer monatlichen Schrittzahl-Challenge teilnehmen, ihre Fortschritte mit Schrittzählern aufzeichnen und gemeinsam ihre Erfolge feiern. Kontinuierliches Feedback, wie die Vergabe von Urkunden oder verbale Anerkennung durch Fachleute, steigert die Motivation und stärkt die Ausdauer. Darüber hinaus fördert regelmäßiges Training in der Gruppe die soziale Interaktion und verringert die Isolation, was für die psychische Genesung von entscheidender Bedeutung ist (Farde et al., 2018).

2.8.3. Tertiäre Versorgung

In therapeutischen Gemeinschaften und Wohnheimen spielt Sport eine strukturierende Rolle im Alltag der Nutzer. Er sorgt für eine tägliche Routine, reduziert das Auftreten zwischenmenschlicher Konflikte und stärkt das Zusammenleben der Bewohner. So sind beispielsweise die Organisation interner Fußballligen, Basketballturniere oder morgendliche Gymnastikstunden gängige Praktiken, die die Zusammenarbeit und das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe fördern.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Doppeldiagnosen ist körperliche Aktivität ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation. Ein konkretes Beispiel sind angepasste Tanzworkshops, in denen die Teilnehmer in einer sicheren und positiven Umgebung an ihrer Koordination, ihrem Körperausdruck und ihrer sozialen Interaktion arbeiten. Diese Aktivitäten müssen regelmäßig vom therapeutischen Team evaluiert werden, um Intensität, Dauer und Ziele an die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Die Literatur legt nahe, dass Programme, die körperliche Bewegung mit psychosozialen Interventionen wie psychologischer Gruppenbegleitung kombinieren, um bis zu 40 % höhere Verbleibquoten erzielen als herkömmliche Programme, was ihre Wirksamkeit bei der Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung belegt (Farde et al., 2018).

2.9. Sport und Doppeldiagnose

2.9.1. Substanzabhängigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Komorbidität oder Doppeldiagnose als das gleichzeitige Vorliegen einer Störung aufgrund des Konsums psychoaktiver Substanzen und einer weiteren psychiatrischen Störung bei derselben Person. Im Allgemeinen kann die Beziehung zwischen den Symptomen einer psychiatrischen Störung einer Person und denen einer pathologischen Sucht verschiedene Formen annehmen. Einerseits kann die Sucht als Folge eines psychiatrischen Problems auftreten (in der Regel kann der Konsum von Substanzen eine Form



der Selbstmedikation oder Selbsttherapie darstellen): Der Betroffene versucht, seine psychische Störung selbst zu behandeln, und anschließend gewinnt der Konsum von Substanzen die Oberhand.

Patienten mit einer Doppeldiagnose sind solche, die zusätzlich zur pathologischen Sucht auch psychiatrische Begleiterkrankungen wie bipolare Störungen, Schizophrenie, schwere Depressionen, Zwangsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Die Komorbidität zwischen Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen ist mit einem schwereren klinischen Profil, einer schlechteren Prognose und schlechteren Therapieergebnissen für beide Störungen verbunden (Kokkevi, Facy, 1993).

Die psychischen Störungen, die am häufigsten zusammen mit pathologischen Suchterkrankungen auftreten, sind Stimmungsstörungen, insbesondere bei Personen mit bipolarer Störung, und Angststörungen.

2.9.2. Nicht substanzgebundene Suchterkrankungen

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Begriff der Sucht erheblich erweitert und geht über die klassischen Substanzabhängigkeiten – wie Drogen und Alkohol – hinaus und umfasst nun auch eine Reihe von Verhaltensweisen, die ähnliche Merkmale wie Zwanghaftigkeit und Kontrollverlust aufweisen können. Zu diesen Verhaltenssüchten oder „nicht substanzgebundenen Süchten“ gehören unter anderem pathologisches Glücksspiel, Internet- und Social-Media-Sucht, Kaufsucht, Sexsucht oder exzessiver Konsum von Videospielen.

Sucht bezieht sich auf einen allgemeinen Zustand, in dem die psychische Abhängigkeit das Verlangen nach dem Suchtmittel antreibt, ohne dass das Leben keinen Sinn mehr hat. Im speziellen Fall der Verhaltenssüchte handelt es sich um eine Reihe von dysfunktionalen Verhaltensweisen, bei denen das Suchtmittel keine Substanz, sondern ein bestimmtes Verhalten ist. Sie sind durch wiederholte Verhaltensweisen gekennzeichnet, die der Betroffene trotz negativer Folgen nur schwer kontrollieren kann. Wie bei Substanzabhängigkeiten geht es um das zwanghafte Streben nach dem Verhalten, Toleranz, das Bedürfnis, die Intensität oder Häufigkeit zu steigern, um die gleiche Wirkung zu erzielen, einen hohen Aufwand an Ressourcen (in Bezug auf Zeit, Energie und Geld) und psychische Entzugserscheinungen bei Unterbrechung des Verhaltens.

Darüber hinaus führen Verhaltenssüchte in der Regel zu einer erheblichen Verschlechterung der zwischenmenschlichen Beziehungen, der Arbeitsleistung sowie der körperlichen und geistigen Gesundheit.

Dieses Phänomen hat die Aufmerksamkeit der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft auf sich gezogen und die Notwendigkeit deutlich gemacht, das Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen, der Folgen für die psychische und physische Gesundheit und wirksamer therapeutischer Strategien zu vertiefen. Klassische Behandlungen werden mit innovativen Interventionen wie der transkraniellen Magnetstimulation kombiniert, um bessere klinische Ergebnisse zu erzielen.



2.9.3. Vorteile des Sports bei der Genesung von Doppeldiagnosen

Vorteil	Mit Substanzkonsum	Ohne Substanzkonsum
<i>Psychische Gesundheit</i>	Reduziert Angstzustände, Suchtdruck und Depressionen	Verringert Zwanghaftigkeit und verbessert die Stimmung
<i>Neurobiologisch</i>	Gleicht Dopamin und Endorphine aus	Stärkt die exekutive Kontrolle und Konzentration
<i>Stressabbau</i>	Gesunder Bewältigungsmechanismus	Reduziert emotionale Dysregulation
<i>Soziale Kompetenzen</i>	Fördert Teamarbeit, Routine und Bindungen	Fördert gesunde persönliche Interaktionen
<i>Verhinderung von Rückfällen</i>	Ersetzt die Verstärkung durch Substanzen durch natürliche Belohnungen	Reduziert die Risikodauer und Rückfälle
<i>Selbstwirksamkeit</i>	Steigert das Selbstvertrauen und die Disziplin	Stärkt die Motivation und den Fortschritt

2.9.4. Praktische Anwendungen

Die praktischen Anwendungen des Sports in der Rehabilitation von Suchterkrankungen und Doppeldiagnosen erfordern eine sorgfältige Planung, eine angemessene Auswahl der Aktivitäten und eine kontinuierliche Anpassung an die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse jedes Einzelnen. Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte für die Umsetzung effektiver Sportprogramme ausführlich beschrieben:

Arten von Übungen und ihr therapeutischer Nutzen

a) Aerobes Training (Laufen, Schwimmen, Radfahren, zügiges Gehen)

Fördert die Regulierung des dopaminergen und serotonergen Systems und reduziert Craving und Angstzustände.

Verbessert die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit und die Schlafqualität, die in Phasen der Abstinenz beeinträchtigt sind.

Kann schrittweise, individuell und leicht überwachbar umgesetzt werden.

Empfohlene Aktivitäten: 20–40-minütige Einheiten, 3–5 Mal pro Woche, mit allmählicher Steigerung der Intensität.

b) Mannschaftssportarten (Fußball, Basketball, Volleyball)

Sie schaffen soziales Kapital, ein Gefühl der Zugehörigkeit und Integration in die Gemeinschaft.

Sie sind besonders nützlich für die Wiederherstellung der Identität: von der Rolle des „Patienten“ zur Rolle des „Teamkollegen“.

Sie ermöglichen die Arbeit an Normen, Selbstkontrolle, Konfliktmanagement, Akzeptanz von Regeln und Widerstandsfähigkeit gegenüber Niederlagen.

Empfohlen in mittleren oder fortgeschrittenen Phasen der Behandlung, wenn eine größere klinische Stabilität gegeben ist.

c) Geist-Körper-Übungen (Yoga, Tai Chi, Pilates, geführte Atemübungen)

Sie reduzieren physiologische Erregung, Angstzustände und emotionale Dysregulation.

Nützlich bei Angststörungen, Traumata, stabiler Psychose oder hoher Impulsivität.

Fördern Körperbewusstsein, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit.



Wöchentliche Sitzungen von 30–60 Minuten unter der Leitung von Fachleuten, die in traumainformierter Betreuung ausgebildet sind.

d) Krafttraining

Verbessert das Selbstwertgefühl durch messbare Fortschritte.

Förderlich für die Neuroplastizität und die emotionale Stabilität.

Geeignet für Personen mit geringer Toleranz gegenüber intensiven aeroben Aktivitäten.

Kann mit Gummibändern, dem eigenen Körpergewicht oder leichten Gewichten unter Aufsicht durchgeführt werden.

Anwendungskontexte

Reha-Zentren

Integration von Sport in den Tagesablauf (Morgengymnastik, interne Ligen, Turniere).

Überwachte Aktivitäten, die als positive Struktur dienen und Konflikten vorbeugen.

Ideal für die Förderung von Zusammenleben, Frustrationstoleranz und gesunden Gewohnheiten.

Ambulante Dienste

1–3 Mal pro Woche stattfindende Sitzungen, angepasst an die Verfügbarkeit und das Funktionsniveau.

Hausaufgaben (z. B. 30 Minuten pro Tag gehen) kombiniert mit individuellen Herausforderungen (Verwendung eines Schrittzählers).

Geeignet für die Anfangs- und Erhaltungsphase der Behandlung.

Nachsorgeprogramme nach der Entlassung

Gemeinschaftliche Sportaktivitäten als Schutzfaktor vor Rückfällen.

Überweisung an inklusive Sportvereine, kommunale Vereine oder von Gleichaltrigen geleitete Gruppen.

Erhält prosoziale Bindungen und gesunde Routinen nach der Entlassung aus der Klinik aufrecht.

Notwendige Anpassungen

Klinische Anpassungen (psychische Gesundheit, Trauma, geistige Behinderung):

Kurze und vorhersehbare Sitzungen; klare und wiederholte Anweisungen.

Begleitung durch Fachkräfte, die in funktionaler Vielfalt oder Trauma geschult sind.

Reduzierung von Reizen bei Menschen mit Psychosen oder sensorischer Hyperreaktivität.

Stark strukturierte Routinen für Menschen mit geistiger Behinderung oder geringer Motivation.

Anpassungen aufgrund der körperlichen Verfassung:

Vorherige medizinische Untersuchung und regelmäßige Nachuntersuchungen.

Vermeidung von Überanstrengung oder plötzlicher Steigerung der Intensität.

Beobachtung von Anzeichen von Müdigkeit, Schwindel, Stimmungsschwankungen oder Dysregulation.

Instrumente zur Einbindung und Einhaltung

Von Gleichaltrigen geleitete Gruppen: ehemalige Patienten oder erfahrene Nutzer, die als Vorbilder für die Genesung fungieren.

Gemeinschaftliche Sportvereine: Zugang zu normalisierten Räumen, Verringerung von Stigmatisierung und soziale Teilhabe.

Gamification: Schrittziele, Fortschrittsaufzeichnung, Abzeichen, Diplome, sichtbare Punktestände.

Digitale Nachverfolgung: WhatsApp-Gruppen oder andere Apps für Kommunikation, Erinnerungen und Verstärkung.



Besondere Überlegungen je nach Diagnose

Psychosen: Vermeidung intensiver Wettbewerbsdynamiken; ruhige, vorhersehbare und beaufsichtigte Aktivitäten.

Traumatische Erfahrungen: nicht-hierarchische Umgebungen; Vermeidung von ungewolltem Körperkontakt und übermäßig lauten Räumen.

Verhaltenssüchte: Vorrang für Präsenz- und Gruppenaktivitäten, die die Bildschirmnutzung regulieren.

Geringe Motivation/Apathie: spielerische Aktivitäten mit niedriger Einstiegsbarriere, die positiv verstärkt werden.

Programmatische Integration

Einbeziehung von Sport in Therapiepläne, klinische Besprechungen und individuelle Ziele.

Koordination zwischen Psychiatern, Psychologen, Pflegepersonal, Beschäftigungstherapeuten und Trainern.

Regelmäßige Überprüfung der Fortschritte: Anwesenheit, Gemütszustand, Symptome, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität.

Therapeutische Synergie

Sport sollte immer als integrierter Bestandteil der Behandlung und nicht als isolierte Maßnahme betrachtet werden:

Psychologische Therapien: KVT, Traumabehandlung, motivierende Gesprächsführung.

Pharmakotherapie: Stabilisierung der Stimmung und Verringerung der Symptome.

Psychosoziale Interventionen: Kompetenzgruppen, Begleitung durch die Gemeinschaft, Gruppenpsychotherapie.

2.10. Sport und geistige Behinderung

Sport für Menschen mit geistiger Behinderung erfordert einen adaptiven Ansatz, der Verständnis, Sicherheit und Motivation in den Vordergrund stellt. Die wirksamsten Programme integrieren körperliche Aktivität in eine ganzheitliche Entwicklungsstrategie, die Gesundheit, Selbstständigkeit und soziale Teilhabe umfasst (GIESAD, 2018).

Eine wachsende Herausforderung für diese Gruppe ist die vorzeitige Alterung, da Menschen mit geistiger Behinderung (GB) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufig einen vorzeitigen funktionellen und kognitiven Rückgang aufweisen. Dieses Phänomen führt zu einer höheren Prävalenz motorischer Probleme wie Kraft-, Koordinations- und Gleichgewichtsverlust sowie zu kognitiven Schwierigkeiten wie Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Verarbeitungsgeschwindigkeitsstörungen.

Regelmäßige körperliche Aktivität ist unerlässlich, um diesen Auswirkungen entgegenzuwirken. Auf motorischer Ebene trägt Bewegung dazu bei, die Gelenkbeweglichkeit, Koordination und Muskelkraft zu erhalten, die für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alltag von entscheidender Bedeutung sind. Darüber hinaus verringert sie das Sturzrisiko und verbessert die Körperhaltung. Auf kognitiver Ebene haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass Sport die Plastizität des Gehirns stimuliert, die Konzentration, das Gedächtnis und die Planungsfähigkeit fördert und den altersbedingten Verfall verlangsamt.



Zu den dokumentierten Vorteilen gehören Verbesserungen der motorischen Koordination, der Körperhaltung, der Kommunikation und der Konzentrationsfähigkeit (Barrantes-Brais et al., 2021). Darüber hinaus reduziert regelmäßige Bewegung Angstzustände und Aggressivität und erleichtert die emotionale Selbstregulierung.

Am besten geeignet sind Aktivitäten mit einer sich wiederholenden und vorhersehbaren Struktur, wie Schwimmen, Radfahren, Wandern oder angepasstes Yoga, die stets von Fachleuten geleitet werden, die in funktionaler Vielfalt geschult sind (Fundación A LA PAR, 2021). Im psychosozialen Bereich fungiert Sport als Labor für adaptive Fähigkeiten: Zusammenarbeit, Einhaltung von Regeln und Umgang mit Erfolg oder Frustration.

Diese Kompetenzen werden anschließend auf den Alltag übertragen und fördern die Integration in Arbeits- oder Gemeinschaftskontexten. Die Teilnahme an inklusiven Sportligen, wie sie vom spanischen Sportverband für Menschen mit geistiger Behinderung gefördert werden, oder an Initiativen wie der Liga Genuine stärkt das Zugehörigkeitsgefühl und das Selbstwertgefühl von Menschen mit geistiger Behinderung.

Im Zusammenhang mit Sucht fungiert Sport als Ersatz für die Stimulation, die die Substanz bot, und sorgt für Freude, soziale Anerkennung und emotionale Regulierung.

Schließlich sind inklusive Sportumgebungen Orte der Entstigmatisierung, an denen Fähigkeiten Vorrang vor Einschränkungen haben. Dieser symbolische Wandel trägt direkt zur psychologischen Genesung und zur persönlichen Selbstermächtigung bei.

2.11. Sport und Menschen mit Flüchtlingsstatus

Flüchtlinge erleben einen doppelten Prozess der Verletzlichkeit: das Trauma der Vertreibung und die Anpassung an eine neue Umgebung. Sport ist ein wirkungsvolles Instrument, um die psychische Gesundheit wiederherzustellen, die Identität wiederaufzubauen und soziale Integration zu fördern (Bauman et al., 2021; Kryszynska et al., 2022).

Aus therapeutischer Sicht erleichtert Sport den nonverbalen Ausdruck von Emotionen und kanalisiert posttraumatische Ängste. Aktivitäten wie Fußball, Volleyball oder Gruppenwanderungen fördern den sozialen Zusammenhalt und das Gefühl der Kontrolle über den eigenen Körper, das nach Erfahrungen von Gewalt oder Vertreibung oft verloren gegangen ist (UNHCR, 2023).

Auf psychosozialer Ebene ermöglicht die Teilnahme am Sport den Wiederaufbau des Vertrauens in andere Menschen und Institutionen. Europäische Projekte wie „Sport for Inclusion Refugees“ haben nach sechsmonatiger Intervention eine signifikante Verringerung der Symptome von Depressionen und Isolation gezeigt.

Sport fördert auch die Bildung interkultureller Gemeinschaften, in denen das Zusammenleben normalisiert und Vorurteile abgebaut werden.

Im Bereich der Prävention wirkt Sport als Barriere gegen den Konsum von Substanzen, der aus Traumata resultiert. Indem er natürliche Freude und Struktur bietet, ersetzt er Vermeidungsverhalten oder Selbstmedikation.



Der Mannschaftssport hat darüber hinaus eine symbolische Komponente: Er stellt das Zugehörigkeitsgefühl wieder her und trägt zur Würde des Einzelnen als aktives und wertvolles Subjekt bei.

In Spanien haben Initiativen des Roten Kreuzes und der CEAR kommunale Sportprogramme ins Leben gerufen, die körperliche Betätigung mit psychosozialer Begleitung verbinden und sich sowohl auf die Flüchtlingsbevölkerung als auch auf die Aufnahmegemeinschaft positiv auswirken.

Sport bietet somit einen Raum für kollektive Heilung: Wo Worte nicht ausreichen, wird Bewegung zu einem Mittel der Kommunikation, des Ausdrucks und der Hoffnung. Die Integration von körperlicher Aktivität in Interventionsprogramme für Menschen mit Flüchtlingsstatus ist nicht nur eine Frage des Wohlbefindens, sondern auch der Menschenrechte.

2.12. Sportprogramme unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Männer und Frauen Sucht unterschiedlich erleben: von der Art der konsumierten Substanz und den Gründen für den Konsum bis hin zu den Auslösern für einen Rückfall und der Reaktion auf die Behandlung. Folglich unterscheiden sich ihre Bedürfnisse während des Genesungsprozesses erheblich:

- Frauen sind in der Regel stärker stigmatisiert, haben häufiger Traumata (insbesondere geschlechtsspezifische Gewalt) erlebt und tragen möglicherweise Verantwortung für die Betreuung von Kindern oder anderen abhängigen Personen.
- Männer haben möglicherweise Schwierigkeiten, ihre Gefühle auszudrücken, stehen unter dem sozialen Druck, „stark“ zu sein, und leiden unter einer Untererkennung von Begleiterkrankungen im Bereich der psychischen Gesundheit.

Diese Unterschiede spiegeln sich auch in den sportlichen Vorlieben, dem Komfortniveau und den Hindernissen beim Zugang zu körperlicher Aktivität wider. Daher ist die Integration einer geschlechtersensiblen Perspektive in Sportprogramme kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit.

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass

- Nur wenige Programme sind ausdrücklich unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive konzipiert.
- Frauen bevorzugen in der Regel ganzheitliche und nicht wettbewerbsorientierte Aktivitäten wie Yoga, Tanz oder Gruppenwanderungen, insbesondere in traumatisierten Kontexten.
- Männer neigen eher dazu, an Wettkampfsportarten teilzunehmen, obwohl sie erheblich von Programmen profitieren können, die die Entwicklung emotionaler Fähigkeiten einbeziehen.
- LGBTQ+-Personen geben häufig an, sich in traditionellen Sportumgebungen ausgeschlossen oder unsicher zu fühlen.



3. Sportprojekte für Suchthilfeeinrichtungen und Einrichtungen zur Behandlung von Doppeldiagnosen

Die Kriterien für den Zugang zu sportlichen Aktivitäten, insbesondere in Kontexten, die Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für Suchterkrankungen umfassen, zielen darauf ab, die Inklusion und Sicherheit aller Menschen zu gewährleisten und mögliche spezifische Bedürfnisse im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen zu berücksichtigen.

Im Gesundheitswesen ist die Aufmerksamkeit für die Qualität der erbrachten Dienstleistungen relativ neu. Die Qualität muss von der Organisation gewährleistet werden, in der der Fachmann tätig ist. Daher muss das Sportprojekt klar und eindeutig die Instrumente definieren, die zur Gewährleistung dieser Qualität eingesetzt werden.

Die Humanisierung der Interventionen, Empathie und Respekt gegenüber dem Patienten sind Aspekte, die Teil der Qualität sind, aber über diese hinausgehen und eine selbstverständliche Praxis jedes Angehörigen der Gesundheitsberufe sein sollten.

Die Phasen des Qualitätszyklus, der den Inhalt jeder medizinischen Intervention definiert, folgen dem Deming-Zyklus:

- Analyse der Faktoren: Vorbereitungsphase der Planung. So ist es beispielsweise notwendig, die Zielgruppe mit ihren klinischen und/oder sozialen Merkmalen und ihren Gesundheitsbedürfnissen zu verstehen.
- Kompetenzen: Die verfügbaren Humanressourcen müssen sowohl aus qualitativer als auch aus quantitativer Sicht betrachtet werden. Auch Freiwillige müssen berücksichtigt werden.
- Sonstige Ressourcen: Es ist von grundlegender Bedeutung, die verfügbaren finanziellen Ressourcen, Güter oder Dienstleistungen zu erfassen, um zu verstehen, was möglich ist und was nicht, und um einen realistischen Plan der zu erwartenden Kosten erstellen zu können.
- Planung 1: Definition der zu erreichenden Ziele. Diese können zeitlich verteilt sein, müssen jedoch immer einen Zeitrahmen haben und messbar formuliert sein, um so objektiv wie möglich beurteilen zu können, ob sie erreicht wurden.
- Planung 2: Definition der Maßnahmen und Interventionen, die umgesetzt werden sollen. In dieser Phase werden die Aktivitäten, Zeitpläne, Durchführungsmethoden usw. festgelegt. Die Planung muss die angestrebte pädagogische oder therapeutische Strategie und die Art und Weise, wie die Umgebung für diesen Zweck genutzt werden soll, umfassen.

Die Bewertung ist ein wesentlicher Bestandteil jedes Projekts. Jedes Projekt muss eine Reihe von Indikatoren enthalten, anhand derer bewertet werden kann, ob die vorgegebenen Ziele erreicht werden, und relevante Aspekte wie Patientenzufriedenheit, Ressourcenverbrauch und Qualität der Aktivitäten analysiert werden können. Die Bewertung dient auch dazu, das Projekt anzupassen.



Die Planung und Bewertung sollten gemeinsam erfolgen. Die abschließende Bewertung muss schriftlich dokumentiert werden und die Daten enthalten, auf denen sie basiert.

Es ist unerlässlich, vorab ein individuelles Projekt für den Patienten zu erstellen, sei es therapeutischer, rehabilitativer oder pädagogischer Natur.

Es ist wichtig zu verhindern, dass eine pathologische Sucht die Entwicklung einer weiteren Sucht begünstigt. Hausenblas und Downs (2002) haben die Kriterien für eine Sportsucht identifiziert. Sportsucht ist ein Verhalten, bei dem eine Person eine übermäßige Abhängigkeit von körperlicher Aktivität entwickelt, die sich negativ auf ihr tägliches Leben, ihr Sozialleben oder ihre Arbeit auswirkt. Die Betroffenen neigen dazu, Müdigkeit oder Verletzungsrisiken zu ignorieren, um weiterhin zwanghaft Sport zu treiben. Diese Art des intensiven Trainings kann zu einer Überanstrengung mit schädlichen physischen und psychischen Folgen führen.

3.1. Protokoll über die Zugangskriterien:

Die Teilnahme an einem rehabilitativen Sportprogramm erfordert eine vorherige gründliche Beurteilung, um die Sicherheit, die klinische Eignung und die Angemessenheit des Profils des Teilnehmers für die vorgeschlagenen Aktivitäten zu gewährleisten. Dieses Zugangsprotokoll erfüllt eine doppelte Funktion: Zum einen sollen Risikofaktoren identifiziert werden, die die Ausübung von Sport beeinträchtigen könnten, und zum anderen sollen die Grundlagen für eine personalisierte Intervention geschaffen werden, die auf die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse jedes Einzelnen zugeschnitten ist. Zu diesem Zweck werden klinische Interviews, standardisierte Tests und administrative Anforderungen kombiniert, um einen sicheren, ethischen und koordinierten Rahmen für die Teilnahme zu gewährleisten.

- Erstgespräch und Ausfüllen eines Fragebogens zur Anamnese.
- Bewertung des Vorliegens von Impulskontrollstörungen.
- Bewertung von Angstsymptomen.
- Bewertung von Entzugserscheinungen und Craving im Zusammenhang mit Substanzkonsum oder Verhaltenssüchten.

Es gibt einige Tests, die die Erfassung von Informationen erleichtern können, wenn die Person nicht direkt bekannt ist:

- Test zur Bewertung von Angstsymptomen: STAI Y1/Y2.
- Test zur Bewertung des depressiven Zustands: BDI-II.
- Bewertung verschiedener Suchterkrankungen: ABQ – Addictive Behavior Questionnaire.
- Bewertung von selbstverletzendem Verhalten, hyperaktivem oder aggressivem Verhalten, Problemen im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Alkohol- oder Drogenkonsum und depressiver Stimmung: HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales.

Außerdem erforderlich:

- Erfassung personenbezogener Daten (Steuernummer, Gesundheitskarte).
- Ärztliches Attest des Hausarztes, das jährlich erneuert werden muss.
- Anmeldung und schriftliche Teilnahmeerlaubnis durch den Betreuer/Erziehungsberechtigten/Familienangehörigen/Patienten, mit jährlicher Verlängerung.



- Genehmigung des behandelnden Psychiaters oder der Gesundheitsbehörde zur Teilnahme an internen oder externen Sportprojekten zur Stabilisierung des klinischen Bildes, mit jährlicher Verlängerung.
- Angemessene therapeutische Allianz.
- Angemessene Einhaltung der sozialen Normen.
- Der Jahreszeit angemessene Kleidung.
- Unterzeichnung der Datenschutzerklärung für die Verwendung und Verbreitung von klinischen Daten und Werbematerial.
- Verhinderung der Entwicklung einer Sportsucht.

Es ist notwendig, den Zugang von Freiwilligen oder Technikern zu bewerten, denen möglicherweise nicht bewusst ist, wie ein Wort, eine Haltung oder sogar Schweigen Unbehagen oder Probleme hervorrufen können. Selbst Ermutigung und Bestärkung müssen angemessen zum Ausdruck gebracht werden. Daher ist eine spezifische Schulung der Freiwilligen durch das Fachteam als eine der Vorbereitungsphasen des Projekts von grundlegender Bedeutung.

Weitere organisatorische Maßnahmen umfassen:

- Einrichtung von Kommunikationsgruppen (E-Mail, WhatsApp oder andere) für Anmeldungen, Bestätigungen oder Stornierungen.
- Die Möglichkeit für Patienten, das Projekt zu verlassen, wenn sie dies wünschen.
- Bereitstellung von Sportgeräten zum Ausleihen oder Kauf.
- Durchführung des Fragebogens zur Lebensqualität SF-36 zu Forschungszwecken hinsichtlich der klinischen Wirksamkeit.
- Organisation des Transports und Benennung von Verantwortlichen dafür.
- Einrichtung eines Gesundheitsteams vor Ort, bestehend aus Fachleuten für psychische Gesundheit: Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation, Pädagogen, Psychologen, Ärzte und Krankenschwestern.
- Einhaltung der spezifischen Regeln jeder Sportart.
- Gewährleistung der Grundsätze der Gleichheit und Inklusion.
- Festlegung der Häufigkeit der Ausflüge (monatlich, zweiwöchentlich oder wöchentlich) und möglicher Übernachtungen außerhalb des Wohnortes.
- Durchführung einer Zufriedenheitsumfrage.

3.2. Bewertung der Trainingsprogramme

Nach der Einführung des Sportprogramms ist es unerlässlich, über ein Bewertungssystem zu verfügen, mit dem sich die tatsächlichen Auswirkungen bewerten, Verbesserungsmöglichkeiten identifizieren und die Maßnahmen an die Entwicklung jedes Teilnehmers anpassen lassen. Die Bewertung ermöglicht nicht nur die Messung klinischer und funktioneller Ergebnisse, sondern auch die Gewährleistung der Qualität des Projekts, die Rechtfertigung seiner Fortsetzung und die Stärkung der evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Zu diesem Zweck werden objektive Indikatoren und validierte Instrumente verwendet, die sowohl die Teilnahme als auch Veränderungen in Bezug auf die körperliche Gesundheit, das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität widerspiegeln.

Erfolgsindikatoren:

- Anwesenheit: Erfassung der Teilnahme an den Sitzungen.



- Körperliche Verfassung: Bewertung anhand validierter Tests.
- Lebensqualität: Fragebögen wie der WHOQOL-BREF.
- Wöchentliches Maß an körperlicher Aktivität: Fragebögen wie der IPAQ.

3.3. Integration der sozialmedizinischen Teams

Die Wirksamkeit eines Rehabilitationsprogramms hängt in hohem Maße von der interdisziplinären Koordination zwischen den verschiedenen beteiligten Fachkräften ab. Die Zusammenarbeit zwischen Trainern, Therapeuten, Pädagogen, Gesundheitspersonal und anderen Akteuren ermöglicht einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl die physischen als auch die psychologischen und sozialen Aspekte des Genesungsprozesses berücksichtigt. Diese Integration gewährleistet therapeutische Kohärenz, Kontinuität in der Betreuung und eine auf die Bedürfnisse jedes Teilnehmers zugeschnittene Begleitung.

Kommunikationsstrategien:

- Monatliche Follow-up-Meetings.
- Berichte über die Fortschritte der Teilnehmer.
- Weiterleitung an Ressourcen zur Integration in die Gemeinschaft entsprechend den spezifischen Bedürfnissen.
- Anwendung von Lebenskompetenzen durch Sport (Sport Skills – Life Skills).

4. Aktivitätenblätter Sportprotokoll:

4.1. Fitness-Aktivität

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Beschäftigungstherapie.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Aktivitätsanimateure/-moderatoren.

Zeitplan: freitags von 10:15 bis 13:00 Uhr.

Beschreibung der Aktivität:

Die Fitnessaktivität ist ein gemeinschaftliches und übergreifendes Sportangebot, das darauf abzielt, die Nutzer dabei zu unterstützen, die während ihres Krankenhausaufenthalts erworbenen Routinen beizubehalten und zu festigen.

Es wird eine individuelle Betreuung angeboten, die es den Teilnehmern ermöglicht, die erlernten Übungen anzuwenden und mit verschiedenen Materialien und Geräten wie Krafttrainingsgeräten, Gummibändern und Übungen mit dem eigenen Körpergewicht zu arbeiten, wodurch die Kontinuität gesunder Gewohnheiten und die Selbstständigkeit gefördert werden.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Gewährleistung der Verbreitung gesunder Gewohnheiten und Förderung eines aktiven Lebensstils.
- Förderung der Verinnerlichung geeigneter Routinen mit Schwerpunkt auf körperlicher Aktivität, kombiniert mit Herz-Kreislauf-Training, Kräftigungsübungen und Dehnungen.
- Bereitstellung von Strategien zum Stressabbau, zur Unterstützung der Emotionsregulation und zur Stärkung des Selbstwertgefühls.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:



- Nutzer, die zum Bereich Rehabilitation gehören.
- Motivation und Fähigkeit zur sicheren Teilnahme an Fitnessaktivitäten nachweisen.

Ausschlusskriterien:

- Schwere körperliche Einschränkungen oder Erkrankungen, die eine sichere Teilnahme verhindern.
- Verhaltensauffälligkeiten, die die Sicherheit oder das Funktionieren der Gruppe beeinträchtigen.

Methodik:

Die Sitzungen finden wöchentlich im Gemeinschafts-Fitnessstudio von Baldiri Aleu statt.

Die Aktivitäten umfassen Herz-Kreislauf-Training, Übungen an Geräten, Dehnübungen und funktionelles Krafttraining.

Die Sitzungen werden an die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse jedes Teilnehmers angepasst, um die Sicherheit zu gewährleisten, die Selbstständigkeit zu fördern und die Einhaltung der Bewegungsroutinen zu unterstützen.

Bewertung der Aktivität:

Während des gesamten Programms wird eine kontinuierliche Beobachtungsbewertung durchgeführt, die sich auf die Teilnahme, die Entwicklung, die körperliche Belastbarkeit, die emotionale Regulierung und die Einhaltung der Routinen konzentriert.

Dokumentation:

- Anwesenheitsliste.
- Individuelle Berichte zur beruflichen Leistungsfähigkeit.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	165 Minuten
Anzahl der Sitzungen	1 Sitzung pro Woche
Zeit	Freitag, von 10:15 bis 13:00 Uhr
Ort	Fitnessstudio in der Gemeinde/Sportzentrum „_____“
Benötigtes Material	Sportgeräte, Krafttrainingsgeräte, Gummibänder und individuelles Trainingsmaterial
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Beobachtung, basierend auf der Teilnahme, der körperlichen Entwicklung, der emotionalen Regulierung und der Einhaltung der Routinen
Kosten der Aktivität	Nutzung von Einrichtungen und Sportgeräten

4.2. Aktivität mit dem eigenen Körpergewicht

Art der Aktivität: Innen-/Außenbereich. Gruppenaktivität

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Stationäre Patienten zur Behandlung pathologischer Suchterkrankungen

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Techniker für psychiatrische Rehabilitation

Beschreibung der Aktivität:

Das Projekt mit Übungen unter Einsatz des eigenen Körpergewichts entstand als Antwort auf die Notwendigkeit, körperliche Aktivität in das Rehabilitationsprogramm für Menschen zu integrieren, die wegen pathologischer Suchterkrankungen stationär behandelt werden.



Klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Literatur belegen, dass Bewegung, insbesondere in natürlicher Umgebung und ohne Wettbewerbsdruck, ein wirksames therapeutisches Instrument darstellt, das traditionelle psychologische und medizinische Interventionen ergänzt.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

Körperliche Aktivität, insbesondere im Freien, leistet einen wesentlichen Beitrag zu Rehabilitationsprogrammen für Suchtkranke, da sie

- Verringerung von Angstzuständen und Verbesserung der emotionalen Regulierung.
- Steigerung des Selbstwertgefühls und des Körperbewusstseins.
- Stärkung der Motivation zur Veränderung.
- Förderung eines gesunden Lebensstils.
- Erhöhung der Stresstoleranz.
- Förderung der Sozialisierung und Zusammenarbeit zwischen den Teilnehmern.
- Förderung des psychophysischen Wohlbefindens durch regelmäßige körperliche Aktivität.

Spezifische Ziele:

- Verbesserung des psychophysischen Wohlbefindens durch Übungen mit dem eigenen Körpergewicht.
- Verringerung der *Entzugerscheinungen* durch regelmäßige körperliche Aktivität.
- Steigerung der Fähigkeit, innerhalb einer Gruppe zu funktionieren und gemeinsame Regeln zu respektieren.
- Verringerung von emotionalen Zuständen wie Anspannung, Angst und Reizbarkeit im Zusammenhang mit dem Entzugsprozess.
- Unterstützung der psycho-emotionalen Stabilisierung während der Entwöhnung.
- Stärkung des Selbstwertgefühls, der persönlichen Motivation zur Veränderung und der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit.
- Festigung gesunder Gewohnheiten und alternativer Aktivitäten zur Sucht.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Patienten mit erhaltenen psychomotorischen Fähigkeiten.
- Motivation und Bereitschaft zur Teilnahme und zur Einhaltung der festgelegten Regeln.
- Grundlegende motorische Fähigkeiten, die sichere Bewegungen ermöglichen.
- Keine aktive Intoxikation oder Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem kürzlichen Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen.

Ausschlusskriterien:

- Körperliche Verfassung, die mit der Sicherheit der motorischen Aktivität unvereinbar ist.
- Schwere psychische oder Verhaltensstörungen (Erregung, Aggressivität, emotionale Krisen).
- Geringe Motivation oder mangelnde Kooperationsbereitschaft, einschließlich Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Regeln oder aktiven Konflikten mit anderen Patienten.

Methodik:

Die Aktivität basiert auf Übungen mit dem eigenen Körpergewicht, die sich durch einfache, leicht anpassbare Bewegungen ohne Wettbewerbselemente auszeichnen und eine ruhige und sichere Teilnahme aller Benutzer fördern.



Das Programm folgt dem Prinzip der schrittweisen Steigerung, wobei die Intensität und Komplexität der Übungen unter Berücksichtigung des individuellen Tempos und unter Förderung einer kontinuierlichen Verbesserung schrittweise erhöht wird.

Die Sitzungen haben eine variable Dauer, in der Regel zwischen 45 und 60 Minuten, mit einer Häufigkeit von zwei Sitzungen pro Woche.

Bei günstigen Wetterbedingungen findet die Aktivität im Freien auf der Grünfläche des Zentrums statt.

Die Gruppen werden von einer qualifizierten Fachkraft geleitet, die die Übungen individuell an die klinische und körperliche Situation jedes Teilnehmers anpasst.

Jede Sitzung endet mit einer Reflexions- und Austauschrunde, die darauf abzielt, die Erfahrungen zu integrieren und die aufkommenden körperlichen und emotionalen Empfindungen wahrzunehmen.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	30–45 Minuten
Anzahl der Sitzungen	2 Sitzungen pro Woche
Ort	Innen- oder Außenbereiche, im Grünbereich des Zentrums
Benötigtes Material	Matten (für Übungen auf dem Boden)
Bewertung der Aktivität	Abschließender Raum für Reflexion und Austausch, um die Erfahrung, die körperlichen und emotionalen Empfindungen und das empfundene psychophysische Wohlbefinden zu bewerten.
Kosten der Aktivität	Matten

4.3. Tischtennis

Art der Aktivität: Innen-/Außenbereich. Gruppenaktivität

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation

Beschreibung der Aktivität:

Tischtennis ist eine Sportart mit geringer Belastung, die leicht zugänglich und sehr motivierend ist und das körperliche und geistige Wohlbefinden fördert. In Rehabilitationsprogrammen für Alkoholismus und andere Suchterkrankungen trägt sie zur Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, der Sozialisierung, des Stressmanagements und der Entwicklung gesunder Alternativen zu Suchtverhalten bei.

Ziele der Aktivität

Allgemeine Ziele:

Förderung der körperlichen und psychischen Genesung des Patienten und seines allgemeinen Wohlbefindens durch regelmäßiges Tischtennispielen, Unterstützung der Annahme eines gesunden Lebensstils und Entwicklung positiver Beziehungsdynamiken.

- Förderung körperlicher Aktivität.
- Vermittlung gesunder Lebensgewohnheiten.
- Förderung der sozialen Interaktion zwischen den Teilnehmern.

Spezifische Ziele:



- Verbesserung des psychophysischen Wohlbefindens durch motorische Aktivität.
- Reduzierung von emotionalen Zuständen wie Anspannung, Angst und Reizbarkeit, die mit dem Entzugsprozess verbunden sind.
- Unterstützung der psycho-emotionalen Stabilisierung während der Entwöhnung.
- Stärkung des Selbstwertgefühls, der persönlichen Motivation zur Veränderung und der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit.
- Angebot einer funktionalen Alternative für den Umgang mit negativen emotionalen Zuständen und *Craving*.
- Förderung der Sozialisierung unter Gleichaltrigen.
- Förderung von Kooperationsdynamiken und der Einhaltung von Regeln.
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten und der Durchsetzungsfähigkeit.
- Festigung gesunder Gewohnheiten und alternativer Aktivitäten zur Sucht.

Aufnahme- und Ausschlusskriterien:

Kriterien für die Aufnahme:

- Patienten mit erhaltenen psychomotorischen Fähigkeiten.
- Motivation und Bereitschaft zur Teilnahme und zur Einhaltung der festgelegten Regeln.
- Grundlegende motorische Fähigkeiten, die sichere Bewegungen und den Umgang mit dem Schläger ermöglichen.
- Keine aktive Intoxikation oder Beeinträchtigungen aufgrund des kürzlichen Konsums von Alkohol oder anderen Substanzen.

Ausschlusskriterien:

- Körperliche Verfassung, die mit der Sicherheit der Aktivität unvereinbar ist.
- Schwere psychische oder Verhaltensstörungen (Erregung, Aggressivität, emotionale Krisen).
- Geringe Motivation oder mangelnde Kooperationsbereitschaft, einschließlich Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Regeln oder aktiven Konflikten mit anderen Patienten.

Methodik:

Die Methodik basiert auf einem progressiven und anpassungsfähigen Ansatz, bei dem der Schwierigkeitsgrad und die Intensität des Spiels an die physischen und psychischen Fähigkeiten jedes Teilnehmers angepasst werden.

Die Sitzungen finden in einer sicheren und kontrollierten Umgebung mit vorschriftsmäßigen Tischen und geeignetem Material statt. Die Aktivität wird in Paaren oder kleinen Gruppen organisiert, um soziale Interaktion, Zusammenarbeit und positiven Wettbewerb zu fördern.

Die Dauer der Sitzungen ist variabel, in der Regel zwischen 45 und 60 Minuten, mit einer Häufigkeit von zwei Sitzungen pro Woche.

Bei günstigen Wetterbedingungen kann die Aktivität im Freien auf der Grünfläche der Klinik durchgeführt werden.

Die Gruppen werden von einem qualifizierten Pädagogen geleitet, wobei individuelle Anpassungen je nach klinischer und körperlicher Situation der Patienten vorgenommen werden. Zu Beginn und am Ende jeder Sitzung ist ein kurzer Zeitraum für den Dialog und den Austausch über das empfundene Wohlbefinden vorgesehen, um das emotionale Bewusstsein und die Beobachtung der Stimmung der Teilnehmer zu fördern.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	30/45 Minuten
-------	---------------



Anzahl der Sitzungen	2 pro Woche
Ort	Innen oder außen
Benötigtes Material	Tischtennisplatte, Schläger, Bälle
Bewertung der Aktivität	Zu Beginn und am Ende jeder Sitzung ist ein kurzer Zeitraum für einen Dialog und einen Austausch über das empfundene Wohlbefinden vorgesehen, um das emotionale Bewusstsein zu fördern und den emotionalen Zustand der Teilnehmer zu überwachen.
Kosten der Aktivität	Kosten für das Spielmaterial

4.4. Laufaktivität

Art der Aktivität: Im Freien. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation.

Beschreibung der Aktivität:

Die Laufaktivität ist Teil des therapeutischen Freizeitprogramms und bietet einen Raum für Gruppentraining, das auf die schrittweise Vorbereitung auf einen 5-km- oder 10-km-Lauf ausgerichtet ist.

Die Methodik ist progressiv und erfordert ein angemessenes Maß an Anstrengung und Motivation. Die Aktivität wird durch Gruppenbindungsmaßnahmen und die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten ergänzt, wodurch die Aneignung gesunder Gewohnheiten und die physische und psychosoziale Stärkung der Teilnehmer gefördert werden.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung und Unterstützung regelmäßiger körperlicher Bewegung.
- Vermittlung gesunder Lebensgewohnheiten.
- Die Sozialisierung zwischen den Teilnehmern fördern.

Spezifische Ziele:

- Förderung der Integration gesunder Routinen in den Alltag.
- Verbesserung der psychomotorischen Fähigkeiten zur Förderung einer größeren körperlichen Selbstständigkeit.
- Angebot strukturierter Alternativen für gesunde körperliche Aktivität.
- Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Stärkung der muskuloskelettalen Strukturen.
- Verbesserung der Ausdauer und der kardiovaskulären Leistungsfähigkeit.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Patienten mit erhaltenen psychomotorischen Fähigkeiten.
- Interesse oder ausreichende Motivation zur Durchführung der Aktivität zeigen.

Ausschlusskriterien:

- Vorliegen von störendem Verhalten.
- Wahnvorstellungen, die die angemessene Durchführung der Aktivität erschweren.



- Anzeichen einer psychopathologischen Dekompensation, die die Risikofaktoren sowohl für den Patienten selbst als auch für die Gruppe erhöhen können.

Methodik:

Es handelt sich um eine Gemeinschaftsaktivität mit mittlerer bis hoher Intensität. Der verantwortliche Trainer gestaltet und leitet das Training entsprechend den Eigenschaften der Gruppe und berücksichtigt dabei den Schwierigkeitsgrad, die zurückzulegende Strecke, das Lauftempo und die Wetterbedingungen.

Das Training ist progressiv und hat das Ziel, einen Lauf über 5 km oder 10 km zu absolvieren.

Während der Aktivität ist das Rauchen verboten. Die Teilnehmer müssen geeignete Kleidung (bequeme Kleidung und Schuhe) tragen; optional können sie eine Mütze und Wasser mitbringen. Es finden zwei Trainingseinheiten pro Woche am Vormittag statt. Die Zusammensetzung der Gruppen kann je nach Verfügbarkeit und Fortschritten der Teilnehmer variieren.

Der Schwerpunkt der Laufaktivität entwickelt sich schrittweise weiter und zielt nicht nur auf die Verbesserung der allgemeinen Gesundheit ab, sondern auch auf die Stärkung des Bewegungsapparates und das spezifische Training der kardiovaskulären Ausdauer.

Merkmale der Aktivität

Dauer	60–90 Minuten
Anzahl der Sitzungen	2 Sitzungen pro Woche
Ort	Außenbereiche und Gemeinschaftswege
Erforderliches Material	Geeignete Sportbekleidung und Sportschuhe. Wasser und Kopfbedeckung (optional).
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Bewertung durch Beobachtung der Teilnahme, der körperlichen Entwicklung und der Anpassungsfähigkeit an das Training. Gruppengespräche, um das empfundene Wohlbefinden zu erfassen.
Kosten der Aktivität	—

4.5. Nordic-Walking-Aktivität

Art der Aktivität: Außen-/Innenbereich. Gruppen-/Einzelaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Sozialpädagoge / Pflegehelfer.

Beschreibung der Aktivität:

Im Rahmen des therapeutischen Freizeitprogramms wird ein Raum für körperliche Aktivität durch gemeinschaftliche Spaziergänge angeboten, die eine moderate körperliche Anstrengung erfordern. Die Aktivität wird durch eine Pause für ein leichtes Frühstück ergänzt, wodurch die soziale Teilhabe und der Gruppenzusammenhalt gefördert werden.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung und Unterstützung der Ausübung körperlicher Bewegung.
- Vermittlung gesunder Lebensgewohnheiten.
- Die soziale Interaktion zwischen den Teilnehmern fördern und unterstützen.

Spezifische Ziele:



- Förderung der Integration gesunder Routinen in den Alltag.
- Verbesserung der psychomotorischen Fähigkeiten, um eine größere körperliche Selbstständigkeit zu erreichen.
- Routinen anbieten, die dabei helfen, das Rauchen aufzugeben.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen.
- Übergewicht vorbeugen.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Patienten mit erhaltenen psychomotorischen Fähigkeiten.
- Interesse oder ausreichende Motivation zur Teilnahme an der Aktivität zeigen.

Ausschlusskriterien:

- Vorliegen von störendem Verhalten.
- Wahnvorstellungen, die die Teilnahme an der Aktivität erschweren.
- Anzeichen einer psychopathologischen Dekompensation, die die Risikofaktoren während der Aktivität sowohl für den Patienten selbst als auch für den Rest der Gruppe erhöhen können.

Methodik:

Es handelt sich um eine Gemeinschaftsaktivität mit mittlerer bis hoher Intensität. Der verantwortliche Fachmann schlägt für jede Sitzung verschiedene Routen vor, die auf die Eigenschaften der Gruppe abgestimmt sind, wobei der Schwierigkeitsgrad, die zurückzulegende Strecke, das Tempo und die Wetterbedingungen berücksichtigt werden. Die üblichen Strecken liegen zwischen 3 und 6 km.

Während der Aktivität ist das Rauchen nicht gestattet. Die Teilnehmer müssen geeignete Kleidung (bequeme Kleidung und Schuhe) tragen; optional können sie eine Mütze und Wasser mitbringen.

Es findet eine wöchentliche Sitzung am Vormittag statt, wobei die Zusammensetzung der Gruppen variieren kann.

Die Bezeichnung „Nordic Walking“ entspricht dem Ziel, die Methodik schrittweise weiterzuentwickeln und dabei spezielle Stöcke für das Training der Muskelkraft und des Gleichgewichts einzusetzen.

Merkmale der Aktivität

Dauer	90 Minuten
Anzahl der Sitzungen	1 Sitzung pro Woche
Ort	Gemeinschaftliche Ausflüge im Freien und barrierefreie Räume
Erforderliches Material	Nordic-Walking-Stöcke
Bewertung der Aktivität	Bewertung vor und nach jeder Sitzung. Sowohl die Nutzer als auch der Fachmann bewerten die Aktivität aus subjektiver Sicht unter Berücksichtigung des empfundenen Wohlbefindens und des Verlaufs der Sitzung.
Kosten der Aktivität	—



4.6. Aquagym-Aktivität

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ergotherapie.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkraft: Beschäftigungstherapeut.

Tätigkeitsbereich: Gesundheit und Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:

Die Aquagym-Aktivität besteht aus Bewegungseinheiten im Wasser, die der Förderung der körperlichen Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens dienen. Durch angepasste Übungen mit geringer Belastung wird die regelmäßige Ausübung körperlicher Aktivität auf sichere, effiziente und motivierende Weise gefördert, wodurch langfristig gesunde Gewohnheiten etabliert werden.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung und Verinnerlichung gesunder Lebensgewohnheiten durch regelmäßige körperliche Bewegung.
- Vermittlung von Richtlinien für das Training und die Aufrechterhaltung moderater Bewegungsroutinen.
- Förderung der kontinuierlichen Ausübung angemessener und effektiver körperlicher Aktivität mit dem Ziel, langfristig gesunde Gewohnheiten zu etablieren.
- Verbesserung der allgemeinen motorischen Koordination, des Rhythmus und der Beweglichkeit.
- Erhaltung und Verbesserung der Flexibilität, Ausdauer und Muskelkraft.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Interesse und Motivation zur Teilnahme an der Aktivität zeigen.
- Keine schweren organischen Erkrankungen oder medizinischen Kontraindikationen für körperliche Betätigung.

Ausschlusskriterien:

- Schwere Behinderung oder Funktionsstörung, die die Teilnahme an körperlicher Aktivität verhindert.
- Verhaltensauffälligkeiten, die das Funktionieren der Gruppe beeinträchtigen.

Methodik:

Die Aquagym-Kurse finden wöchentlich in den Sportanlagen des Sportzentrums „_____“ statt. Die Aktivitäten finden in kleinen Gruppen statt und werden an die körperliche und funktionelle Verfassung jedes Teilnehmers angepasst. Das Beschäftigungstherapie-Team ermittelt vorab die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Sicherheitsaspekte.

Die Kurse kombinieren Aerobic, Dehnübungen, Beweglichkeitsübungen und Krafttraining mit geringer Belastung und gewährleisten stets eine individuelle Anpassung an das Funktionsniveau jedes Teilnehmers.

Bewertung der Aktivität

Es herrscht eine sehr positive Gruppenatmosphäre. Die Aktivität fördert die Teilnahme, stärkt die sozialen Beziehungen und fördert die gegenseitige Unterstützung unter den Teilnehmern. Die Sitzungen finden im Sportbecken des Zentrums statt.



Merkmale der Aktivität

Dauer	45 Minuten
Anzahl der Sitzungen	1 Sitzung pro Woche
Ort	Sportanlagen „_____“ · Schwimmbad des Zentrums
Erforderliches Material	Grundlegende Schwimmhilfen (Nudeln, Bretter, Schwimmhilfen)
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Bewertung durch das Beschäftigungstherapie-Team unter Berücksichtigung der Teilnahme, der funktionellen Entwicklung und des von den Nutzern empfundenen Wohlbefindens.
Kosten der Aktivität	Nutzung des Schwimmbads und der Sportanlagen

4.7. Gemeinschafts-/Krankenhausfußball

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ergotherapie.

Für die Aktivität verantwortlicher Fachmann: Beschäftigungstherapeut.

Tätigkeitsbereich: Gesundheit und Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:

Die Fußballaktivität ist als eines der wichtigsten Module für körperliche Aktivität in das Rehabilitationsprogramm der Krankenhausabteilungen aufgenommen worden. Sie ermöglicht es den Teilnehmern, Teil eines Teams zu sein, einen weit verbreiteten Sport auszuüben und vielfältige körperliche und motorische Fähigkeiten zu trainieren, die in anderen Kontexten nur schwer zu erreichen sind.

Der Gruppencharakter der Aktivität fördert die Sozialisierung zwischen den Teilnehmern, die ein gemeinsames Interesse am Fußball haben, und stärkt die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Normalisierung des Fußballs als integrative Sportart für Nutzer, die an Gruppen-Sportaktivitäten interessiert sind.
- Förderung der Herz-Kreislauf-, Muskel- und Atemgesundheit durch regelmäßiges Training.
- Das Zugehörigkeitsgefühl und die Wahrnehmung, wertvolle Mitglieder einer Gruppe zu sein, stärken.
- Förderung des Gruppenzusammenhalts, Vermeidung von Individualismus und übermäßigem Protagonismus, Priorisierung von Fairplay gegenüber Wettbewerbsdenken.
- Die expliziten und impliziten Regeln des Spiels lernen, praktizieren und verinnerlichen.
- Förderung gesunder Gewohnheiten vor und nach der körperlichen Aktivität, einschließlich Hygiene und angemessener Kleidung.

Ziele der Gemeinschaftsausflüge:

- Die oben genannten Ziele auf externe Gemeinschaftsumgebungen ausweiten.
- Förderung der angemessenen Nutzung der Gemeinschaftsressourcen unter Achtung der Einrichtungen und Sportgeräte.



- Die Interaktion mit Nutzern anderer Zentren auf der Grundlage eines gemeinsamen Interesses am Sport erleichtern.

Kriterien für die Aufnahme und den Ausschluss:

Kriterien für die Aufnahme:

- Nutzer, die motiviert sind, Teil einer Sportgruppe zu sein.
- Nutzer ohne schwere organische Erkrankungen oder medizinische Kontraindikationen für die Ausübung körperlicher Aktivität.

Ausschlusskriterien:

- Schwere Behinderung oder Funktionsstörung, die eine sichere Teilnahme an körperlicher Aktivität verhindert.
- Störendes oder aggressives Verhalten, das den Ablauf der Gruppe beeinträchtigt.

Methodik

Die Fußballaktivität gliedert sich in zwei sich ergänzende Modalitäten:

Aktivität innerhalb des Krankenhauses:

Wöchentliche gemischte Trainingseinheiten, die auf dem Fußballplatz des Krankenhauses unter der Aufsicht von zwei Fachkräften für klinische Unterstützung stattfinden, die die Interaktion, die Teamarbeit und die Gruppendynamik beobachten.

Gemeinschaftliche Aktivität:

Wöchentliche Trainingseinheiten in kommunalen Sportanlagen für Teilnehmer, die Engagement und gute Anpassungsfähigkeit bei den Aktivitäten innerhalb des Krankenhauses zeigen. Gemeinschaftsspiele mit anderen Zentren folgen denselben Teilnahme-kriterien.

Hinweis:

Für jeden Ausflug in die Gemeinschaft müssen die zuständigen Fachkräfte relevante Informationen über jeden Nutzer (Alltagskompetenzen, Verhaltensaspekte, soziale Fähigkeiten usw.) bereitstellen, um eine sichere und koordinierte Durchführung zu gewährleisten.

Bewertung der Aktivität

Die Entwicklung der Patienten wird beobachtet und dokumentiert. Die Aktivität sorgt für eine sehr positive Atmosphäre, stärkt die Beziehungen zwischen Gleichaltrigen und wird von den Teilnehmern sehr geschätzt.

Der Beschäftigungstherapeut erstellt zusammen mit dem Assistenten die Liste der Kandidaten, während das medizinische Team die endgültige Eignung für die Teilnahme bewertet.

Merkmale der Aktivität

Dauer	60–165 Minuten (je nach Art der Aktivität)
Anzahl der Sitzungen	2 Sitzungen pro Woche
Zeit	Dienstag 10:30–11:30 Uhr · Training im Krankenhaus Donnerstag 10:15–13:00 Uhr · Training in der Gemeinde)
Ort	Futsalplatz des Krankenhauses. Gemeinschafts-Fitnessstudio/Sportzentrum „_____“
Bevölkerung	Patienten, die die Kriterien erfüllen
Methode	Geschlossene und geleitete Gruppe
Benötigtes Material	Sportmaterial und Fußballequipment
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Beobachtung der Teilnahme, Entwicklung, Gruppendynamik und des Verhaltens
Dokumentation	Anwesenheitsliste. Individuelle Aufzeichnung der beruflichen Leistungsfähigkeit



Kosten der Aktivität | Nutzung von Sportanlagen und Material

* Die endgültige Entscheidung über die Teilnahme an Gemeinschaftsausflügen liegt immer beim Beschäftigungstherapeuten.

4.8. Bergtherapie-Aktivität

Art der Aktivität: Im Freien. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Stationäre Abteilung. Ambulante Abteilung.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Fachkräfte für psychiatrische Rehabilitation / Qualifizierter Bergführer.

Beschreibung der Aktivität:

Durch strukturierte Aktivitäten im Freien in Bergregionen werden bei den Teilnehmern die Verbesserung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens, die Entwicklung des emotionalen Bewusstseins und die Stärkung der sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten gefördert. Das allgemeine Ziel besteht darin, die Selbstwirksamkeit, Autonomie und Resilienz zu stärken und einen ganzheitlichen Ansatz für die Suchtrehabilitation anzubieten.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

Förderung der Genesung und des allgemeinen Wohlbefindens von Patienten mit pathologischer Sucht durch therapeutische und rehabilitative Erfahrungen in natürlicher Bergumgebung.

- Förderung und Unterstützung körperlicher Aktivität.
- Vermittlung gesunder Lebensgewohnheiten.
- Die soziale Interaktion zwischen den Teilnehmern zu fördern und zu unterstützen.

Spezifische Ziele:

- Verbesserung des Umgangs mit Stress und Emotionen durch *Achtsamkeitsübungen*, Atemübungen und Aktivitäten im Freien.
- Stärkung der sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Teilnehmer durch Gruppenaktivitäten und *Teambuilding*-Übungen.
- Förderung von Selbstwirksamkeit, persönlicher Motivation und Selbstständigkeit durch Wanderungen und Erlebnisworkshops.
- Förderung eines gesunden und verantwortungsbewussten Verhaltens, auch durch Aktivitäten zur Umwelterziehung.
- Verbesserung der Stimmung und Verringerung von Stress- oder Angstsymptomen.
- Verbesserung der zwischenmenschlichen Fähigkeiten und des Stressmanagements.
- Positive Selbsteinschätzung des persönlichen Fortschritts.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Patienten mit erhaltenen psychomotorischen Fähigkeiten.
- Motivation und Bereitschaft zur Teilnahme und zur Einhaltung der festgelegten Regeln.
- Grundlegende motorische Fähigkeiten, die eine sichere Fortbewegung ermöglichen.
- Keine aktive Intoxikation oder Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem kürzlichen Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen.

Ausschlusskriterien:

- Körperliche Beschwerden, die mit der Sicherheit der Aktivität nicht vereinbar sind.
- Schwere psychische oder Verhaltensstörungen (Erregung, Aggressivität, emotionale Krisen).



- Geringe Motivation oder mangelnde Kooperationsbereitschaft, einschließlich Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Regeln oder aktiven Konflikten mit anderen Patienten.

Methodik:

Das Projekt richtet sich an Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren, bei denen eine pathologische Sucht diagnostiziert wurde.

Die Teilnahme ist freiwillig und erfordert eine Einverständniserklärung, wobei die Auswahl auch auf der Grundlage der körperlichen Gesundheit für moderate Aktivitäten im Freien erfolgt.

Zu den geplanten Aktivitäten gehören therapeutische Spaziergänge und leichte Wanderungen sowie Atemübungen in der Natur. Jeder Teilnehmer wird ermutigt, ein persönliches Bergtherapie-Tagebuch zu führen, in dem er seine Emotionen, Gedanken und Fortschritte festhält.

Die Bewertung und Nachverfolgung erfolgt zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Programms durch Einzel- und Gruppengespräche, in denen die Erfahrungen und erzielten Erfolge reflektiert werden können. Durch diesen immersiven und unterstützenden Ansatz möchte die Bergtherapie eine transformative Erfahrung bieten, die die regenerierende Kraft der Natur mit einer strukturierten therapeutischen Begleitung verbindet und so eine dauerhafte Genesung von der Sucht fördert.

Merkmale der Aktivität

Dauer	3 Stunden
Anzahl der Sitzungen	Eine Sitzung alle 15 Tage
Ort	Sichere und zugängliche Berggebiete mit Naturpfaden. Hütten oder Rastplätze, die für Notfälle ausgestattet sind.
Erforderliches Material	Rucksäcke. Trekkingstöcke. Karten. Erste-Hilfe-Kästen.
Bewertung der Aktivität	Bewertung und Rückmeldung durch individuelle und gemeinsame Reflexionsrunden, um die gemachten Erfahrungen zu analysieren.
Kosten der Aktivität	Versicherung für die Teilnehmer. Transportkosten.

4.9. Therapeutisches Klettern

Art der Aktivität: Innen-/Außenbereich. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Qualifizierter Kletterlehrer / Therapeut (TO, Psychologe oder Sportlehrer).

Anwendungsbereich: Gesundheit · Suchttherapie · Psychophysisches Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:

Therapeutisches Klettern ist eine körperliche und erfahrungsorientierte Aktivität, die Bewegung, kontrollierte Herausforderungen und emotionale Arbeit miteinander verbindet. Dank seiner Eigenschaften ermöglicht es die Arbeit an Entscheidungsfindung, Emotionsregulation,



Frustrationstoleranz und zwischenmenschlichem Vertrauen, allesamt Schlüsselaspekte im Prozess der Suchtrehabilitation.

Die Aktivität findet in einer sicheren und strukturierten Umgebung statt, in der die Teilnehmer sich schrittweise Herausforderungen stellen, die die Selbsterkenntnis, die persönliche Verantwortung und die Ersetzung von Suchtmustern durch gesundes Verhalten fördern.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung der psychosozialen Rehabilitation durch strukturierte und sichere körperliche Aktivität.
- Ersatz von Suchtmustern durch gesunde und geregelte Erfahrungen.
- Förderung von Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Resilienz.

Spezifische Ziele:

- Förderung von Verantwortungsbewusstsein und Entscheidungsfindung durch Abwägen von Risiken und Konsequenzen vor dem Handeln.
- Das Bewusstsein für die Folgen von Handlungen schärfen und dabei den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung verdeutlichen.
- Verbesserung der Aufmerksamkeit, Konzentration und mentalen Stärke, die für die Bewältigung von *Suchtdruck* entscheidend sind.
- Lernen, mit Angst und Stress in einer kontrollierten und sicheren Umgebung umzugehen.
- Stärkung des Selbstvertrauens und der Kommunikationsfähigkeiten durch Partner- und Gruppenarbeit.
- Reduzierung von impulsivem und riskantem Verhalten durch die Entwicklung einer planvollen und bewussten Herangehensweise an Risiken.
- Das Belohnungssystem auf gesunde Weise durch körperliche Bewegung und persönliche Erfolge aktivieren.
- Verbesserung des Körperbewusstseins, des Selbstwertgefühls und der Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit.

Aufnahme- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Nutzer, die motiviert sind, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen.
- Körperliche und psychische Eignung für das Klettern auf Anfängerniveau.
- Akzeptanz von Sicherheitsvorschriften und Teamarbeit.

Ausschlusskriterien:

- Medizinische Bedingungen, die eine Teilnahme an dieser Aktivität ausschließen (schwere Herz-Kreislauf-Probleme, aktive Verletzungen).
- Psychische Störungen, die die Sicherheit oder Zusammenarbeit beeinträchtigen.
- Schwerwiegendes impulsives Verhalten, das die Einhaltung von Regeln gefährdet.

Methodik:

Die Aktivität wird nach einem progressiven, therapeutischen und strukturierten Ansatz durchgeführt:

- Einfache Routen und geringe Höhen zu Beginn.
- Allmähliche Steigerung von Schwierigkeitsgrad und Intensität.
- Arbeit in Paaren (Kletterer–Sicherer), um Vertrauen und Kommunikation zu fördern.
- Reflexionsphasen vor und nach der Sitzung, um die emotionale Erfahrung zu verarbeiten.



Das Klettern wird als therapeutische Metapher verwendet, um reale Situationen des Alltags im Zusammenhang mit Risikomanagement, Frustration und Entscheidungsfindung zu bearbeiten.

Sicherheit und Risikomanagement:

- Ständige professionelle Aufsicht durch qualifizierte Trainer.
- Regelmäßige Überprüfung der technischen Ausrüstung.
- Klare Sicherheitsvorschriften (Sicherung, Kommunikation, Grenzen).
- Vorherige medizinische und therapeutische Untersuchung der Teilnehmer.
- Angemessenes Verhältnis zwischen Fachpersonal und Teilnehmern, um die Kontrolle zu gewährleisten.

Bewertung der Aktivität:

Kontinuierliche Beobachtung mit Schwerpunkt auf:

- Teilnahme und Einhaltung der Vorschriften.
- Entwicklung im Umgang mit Emotionen und Stress.
- Entscheidungsfähigkeit und Impulskontrolle.
- Teamarbeit und zwischenmenschliche Fähigkeiten.
- Wahrnehmung von Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	90–120 Minuten
Anzahl der Sitzungen	1 Sitzung pro Woche
Ort	Indoor-Kletterhalle oder Outdoor-Kletterwand
Bevölkerung	Personen in der Suchttherapie
Methode	Gesteuerte, progressive und therapeutische Gruppenaktivität
Erforderliches Material	Klettergurt, Seile, Helm, Kletterschuhe, Karabiner, Sicherungssysteme
Bewertung der Aktivität	Beobachtungs-basierte Bewertung und Raum für therapeutische Reflexion
Kosten der Aktivität	Nutzung von Einrichtungen, technischer Ausrüstung und Fachpersonal

Fazit

Therapeutisches Klettern ist ein hochwirksames Instrument, um wichtige Aspekte der Suchtbekämpfung zu bearbeiten. Die Kombination aus körperlicher Herausforderung, emotionaler Regulierung und zwischenmenschlicher Arbeit ermöglicht eine tiefgreifende, sichere und motivierende Intervention, die Verhaltensänderungen und persönliche Stärkung fördert.

4.10. Therapeutisches Skifahren

Art der Aktivität: Im Freien. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Qualifizierter Skilehrer / Therapeut (TO, Psychologe oder Sportlehrer).

Anwendungsbereich: Gesundheit · Suchttherapie · Psychophysisches und soziales Wohlbefinden.



Beschreibung der Aktivität:

Das therapeutische Skifahren ist eine Outdoor-Sportart, die intensive körperliche Betätigung, Naturverbundenheit und ein hohes Maß an Konzentration miteinander verbindet. Diese Eigenschaften machen es zu einem wertvollen ergänzenden Instrument im Rahmen der Suchtrehabilitation.

Das Skifahren fördert die Etablierung gesunder Routinen, den Abbau von Stress, die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Schaffung positiver sozialer Bindungen, immer in einem professionellen, strukturierten und sicheren Rahmen.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung des körperlichen und emotionalen Wohlbefindens von Menschen in der Suchttherapie.
- Angebot alternativer, gesunder Erfahrungen zum Substanzkonsum.
- Stärkung der Motivation, Selbstwirksamkeit und Einhaltung der Behandlung.

Spezifische Ziele:

- Das Belohnungssystem auf natürliche Weise durch die Ausschüttung von Endorphinen, die mit körperlicher Aktivität verbunden sind, stimulieren.
- Stress und Ängste abzubauen und stabilere emotionale Zustände zu fördern.
- Förderung der Achtsamkeit und Konzentration durch die ständige Fokussierung, die das Skifahren erfordert.
- Verbesserung der allgemeinen körperlichen Gesundheit und Einführung aktiver Routinen.
- Das Selbstwertgefühl und das Erfolgserlebnis stärken, indem technische Fähigkeiten erworben und verbessert werden.
- Förderung der Verbindung zur Natur als regulierendes und regenerierendes Element.
- Förderung der Sozialisierung und gegenseitigen Unterstützung unter Gleichaltrigen, um soziale Isolation zu verringern.

Kriterien für die Einbeziehung und den Ausschluss:

Kriterien für die Aufnahme:

- Personen, die sich in einer Suchttherapie befinden und motiviert sind, daran teilzunehmen.
- Körperliche Verfassung, die mit den grundlegenden Anforderungen des alpinen Skisports vereinbar ist.
- Akzeptanz und Einhaltung der Sicherheitsvorschriften.

Ausschlusskriterien:

- Medizinische Kontraindikationen für die Ausübung von Sport in den Bergen.
- Psychische Störungen, die die eigene Sicherheit oder die der Gruppe gefährden.
- Schwerwiegendes impulsives Verhalten oder Schwierigkeiten bei der Einhaltung von Vorschriften.

Methodik:

Die Aktivität wird im Rahmen eines therapeutischen, progressiven und beaufsichtigten Ansatzes durchgeführt:

- Beginn mit Grundübungen und Strecken mit geringem Schwierigkeitsgrad.
- Schrittweise Steigerung entsprechend den körperlichen und emotionalen Fähigkeiten.
- Gruppensitzungen mit technischer und therapeutischer Begleitung.
- Raum für Reflexion, um die körperliche und emotionale Erfahrung zu integrieren.



Das Skifahren wird auch als therapeutische Metapher verwendet, um Risikomanagement, Frustrationstoleranz, Ausdauer und bewusste Entscheidungsfindung zu trainieren.

Praktische Anwendung in der Rehabilitation

Das Skifahren wird als Ergänzung zu traditionellen Therapieprogrammen integriert:

- Von Fachleuten geleitete „therapeutische Skisessions“.
- Wechsel der Umgebung gegenüber den üblichen klinischen Räumen.
- Erlernen von Bewältigungsstrategien und emotionaler Regulierung in realen Umgebungen.

Die Aktivität ersetzt weder die psychologische Therapie noch die medizinische Behandlung, sondern dient als ergänzendes Instrument.

Bewertung der Aktivität:

Beobachtungs-basierte Nachverfolgung mit Schwerpunkt auf:

- Teilnahme und Anpassung an die Aktivität.
- Emotions- und Stressbewältigung.
- Konzentrationsfähigkeit und Selbstkontrolle.
- Soziale Interaktion und Gruppenzusammenhalt.
- Subjektive Wahrnehmung von Wohlbefinden und persönlicher Leistung.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	Ganztägig oder Sitzungen von 3–5 Stunden
Anzahl der Sitzungen	Pünktliche oder intensive Programmplanung (je nach Saison)
Ort	Alpinskigebiet
Bevölkerung	Personen in der Suchttherapie
Methode	Gruppenaktivität unter Anleitung und Aufsicht
Erforderliches Material	Skiausrüstung (Skier, Skischuhe, Helm, Thermokleidung)
Bewertung der Aktivität	Beobachtungs-basierte Bewertung und Raum für therapeutische Reflexion
Kosten der Aktivität	Skipässe, Ausrüstung, Transport und Fachpersonal

Fazit:

Das therapeutische Skifahren ist eine wertvolle ergänzende Maßnahme in der Suchttherapie. Die Kombination aus körperlicher Aktivität, Achtsamkeit, Kontakt mit der Natur und Gruppenerfahrung fördert das allgemeine Wohlbefinden, die persönliche Entwicklung und die Festigung gesunder Gewohnheiten, immer in einem professionellen und sicheren Rahmen.

4.11. Schneeschuhwandern

Art der Aktivität: Im Freien. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Ambulante Einheit / Stationäre Einheit.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Bergführer / Therapeut (TO, Psychologe oder Sportlehrer).

Tätigkeitsbereich: Gesundheit · Suchtbekämpfung · Körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:

Das Schneeschuhwandern ist eine Winteraktivität in den Bergen, die moderate körperliche Bewegung, direkten Kontakt mit der Natur und strukturierte Gruppenerlebnisse miteinander verbindet. Durch die Integration in Sucht-Rehabilitationsprogramme können emotionale



Regulierung, Achtsamkeit, die Aneignung gesunder Routinen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit trainiert werden.

Die Aktivität findet in einer kontrollierten natürlichen Umgebung statt und bietet intensive und positive Erfahrungen ohne den Einsatz von Substanzen, was nachhaltige Veränderungs- und Genesungsprozesse begünstigt.

Ziele der Aktivität

Allgemeine Ziele:

- Förderung der körperlichen und psychischen Genesung von Menschen mit Suchterkrankungen.
- Förderung gesunder und strukturierter Alternativen zum Substanzkonsum.
- Stärkung des Selbstwertgefühls, der Selbstständigkeit und der Einhaltung der Behandlung.

Spezifische Ziele:

- Verbesserung der allgemeinen körperlichen Gesundheit durch Reduzierung von Stress und Angstzuständen mittels moderater aerobischer Aktivitäten.
- Förderung von Achtsamkeit und Präsenz durch Kontakt mit der natürlichen Umgebung und Körperbewusstsein.
- Schaffung einer gesunden Struktur und Routine, um chaotische Muster im Zusammenhang mit der Sucht zu durchbrechen.
- Förderung der sozialen Interaktion und des Zugehörigkeitsgefühls durch Gruppendynamik.
- Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Erfolgserlebnisses durch das Meistern persönlicher Herausforderungen und Aufgaben.
- Soziale Isolation, einer der Hauptrisikofaktoren für einen Rückfall, reduzieren.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Personen, die sich in einer Suchttherapie befinden und motiviert sind, daran teilzunehmen.
- Körperliche Verfassung, die moderate Wanderungen im Schnee zulässt.
- Fähigkeit, grundlegende Sicherheitsvorschriften und die Arbeit in der Gruppe zu befolgen.

Ausschlusskriterien:

- Medizinische Kontraindikationen für körperliche Aktivitäten in winterlicher Bergwelt.
- Psychische Störungen, die die Sicherheit der Gruppe gefährden könnten.
- Schwerwiegendes impulsives Verhalten oder Schwierigkeiten, Grenzen und Regeln zu respektieren.

Methodik:

Die Aktivität wird mit einem therapeutischen, progressiven und überwachten Ansatz durchgeführt:

- Auswahl von Routen, die an das körperliche und emotionale Niveau der Gruppe angepasst sind.
- Kontrolliertes Tempo mit häufigen Pausen und ständiger Unterstützung.
- Professionelle Begleitung sowohl in technischer als auch in therapeutischer Hinsicht.
- Nutzung der Route als Raum für emotionale und zwischenmenschliche Arbeit.

Die Erfahrung wird durch Gruppenreflexionen ergänzt, in denen die körperlichen und emotionalen Erfahrungen in den therapeutischen Prozess integriert werden.

Integration in die Suchtbehandlung



Snowshoeing kann integriert werden:

- Als Teil von stationären Programmen (geplante therapeutische Ausflüge).
- In Phasen nach der Entgiftung, die sich auf die psychosoziale Rehabilitation konzentrieren.
- In ambulanten Programmen, durch Wochenendausflüge oder Intensivsitzungen.

Die Aktivität ersetzt nicht die traditionelle klinische Intervention, sondern dient als therapeutische Ergänzung.

Sicherheit und Risikomanagement:

- Beaufsichtigung durch Bergführer und qualifizierte Therapeuten.
- Planung der Routen entsprechend den Fähigkeiten der Gruppe und den Wetterbedingungen.
- Geeignetes Material und vorherige Überprüfung der Ausrüstung.
- Klare Sicherheits- und Handlungsprotokolle für den Fall von Zwischenfällen.

Bewertung der Aktivität:

Beobachtungsbasierte Nachverfolgung mit Schwerpunkt auf:

- Teilnahme und Anpassung an die Aktivität.
- Stressbewältigung und Emotionsregulation.
- Kooperatives Verhalten und gegenseitige Unterstützung unter Gleichaltrigen.
- Subjektive Wahrnehmung von Wohlbefinden, Motivation und Selbstwirksamkeit.

Merkmale der Aktivität:

Dauer	Halber Tag (3–5 Stunden)
Anzahl der Sitzungen	Einmalige oder regelmäßige Durchführung (je nach Saison)
Ort	Natürliche Umgebung in den verschneiten Bergen
Bevölkerung	Personen in der Suchttherapie
Methode	Gruppenaktivität unter Anleitung und Aufsicht
Benötigtes Material	Schneeschuhe, Stöcke, Thermokleidung, geeignetes Schuhwerk
Bewertung der Aktivität	Beobachtungsbasierte Bewertung und therapeutische Reflexion in der Gruppe
Kosten der Aktivität	Material, Transport, Führer und Fachpersonal

Fazit

Das Schneeschuhwandern erweist sich als eine hochwirksame ergänzende Maßnahme in der Suchttherapie. Es bietet bedeutungsvolle, gesunde und emotional regulierende Erfahrungen im Kontakt mit der Natur, stärkt die Selbstwirksamkeit, den Gruppenzusammenhalt und die Entwicklung gesunder Lebensgewohnheiten ohne Substanzkonsum.

4.12. Aktivität „Angepasstes Basketballspielen“

Art der Aktivität: Innen-/Außenbereich. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Bereich Inklusiver Sport / Beschäftigungstherapie.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Sportlehrer / Beschäftigungstherapeuten / Psychopädagogen.

Tätigkeitsbereich: Gesundheitserziehung · Körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:



Die Aktivität „Angepasster Basketball“ ist als pädagogisches, therapeutisches und soziales Instrument für Menschen mit geistiger Behinderung konzipiert. Basketball ist ein dynamischer Mannschaftssport, der es ermöglicht, körperliche Gesundheit, emotionale Entwicklung, soziale Kompetenzen und kognitive Aspekte wie Aufmerksamkeit, Planung und Entscheidungsfindung auf integrierte Weise zu trainieren.

Durch eine inklusive und angepasste Methodik fördert die Aktivität die Selbstständigkeit, das Selbstwertgefühl und die aktive Teilnahme an der Gemeinschaft und trägt so zur Verbesserung der Lebensqualität der Teilnehmer bei.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Förderung gesunder Gewohnheiten durch regelmäßige körperliche Aktivität.
- Verbesserung der körperlichen Verfassung, der motorischen und kognitiven Fähigkeiten.
- Förderung der sozialen Integration, der Teamarbeit und des Selbstwertgefühls.
- Sportliche Erfahrungen in einem integrativen, lehrreichen und respektvollen Umfeld ermöglichen.

Spezifische Ziele:

- Verbesserung der grobmotorischen Koordination und der kardiorespiratorischen Fitness.
- Förderung der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Planung durch Spielsituationen.
- Förderung der Kommunikation, Zusammenarbeit und Einhaltung von Regeln und Absprachen.
- Verringerung von Angstzuständen und Stress und Förderung eines positiven emotionalen Ausdrucks.
- Das Erfolgserlebnis, die Motivation und das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe stärken.
- Verinnerlichung von Gewohnheiten in Bezug auf Hygiene, Flüssigkeitszufuhr, Erholung und Körperpflege.

Kriterien für die Aufnahme und den Ausschluss:

Kriterien für die Aufnahme:

- Menschen mit geistiger Behinderung, die in der Lage sind, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen.
- Interesse und Motivation für sportliche Aktivitäten.

Ausschlusskriterien:

- Medizinische oder körperliche Beschwerden, die eine sichere Ausübung körperlicher Aktivitäten ausschließen.
- Schwere Verhaltensstörungen, die das Funktionieren der Gruppe beeinträchtigen.

Methodik:

Die Methodik ist angepasst, strukturiert und auf Inklusion ausgerichtet:

Vereinfachte Regeln und Anpassungen entsprechend dem Funktionsniveau.

Ständige visuelle und verbale Unterstützung.

Verwendung stabiler Routinen und positiver Verstärkung.

Kleine Gruppen und klar definierte Rollen.

Priorisierung der Inklusion, nicht des Wettbewerbs.

Einbeziehung von Betreuern, Beschäftigungstherapeuten oder Psychopädagogen

Vorschläge für Aktivitäten:

Aktivitäten und Merkmale

1. Würfe auf den Korb



- Ziel: Koordination und Präzision
- Material: Weiche Bälle, Reifen
- Anpassungen: Reifen in verschiedenen Höhen
- 2. Spiele zu zweit
 - Ziel: Kommunikation und Zusammenarbeit
 - Material: Kegel, Westen
 - Anpassungen: Visuelle Verstärkung der Anweisungen
- 3. Minispiele
 - Ziel: Sozialisierung und Einhaltung von Regeln
 - Material: Angepasster Korb
 - Anpassungen: Verkürzte Spielzeit, gemischte Teams
- 4. Motorische Übungen
 - Ziel: Körperliche Gesundheit und Ausdauer
 - Material: Kegel, Matten
 - Anpassungen: Individuelles Tempo

Die Einheiten umfassen Korbbewegungen, kooperative Spiele, Minispiele und Motorikparcours mit Anpassungen hinsichtlich Zeit, Material und Tempo.

Bewertung der Aktivität:

Die Bewertung erfolgt kontinuierlich und basiert auf Indikatoren wie:

- Aktive Teilnahme und Anwesenheit.
- Entwicklung motorischer und sozialer Fähigkeiten.
- Zunahme der sozialen Interaktion und Zusammenarbeit.
- Annahme gesunder Gewohnheiten.
- Emotionales Wohlbefinden, Freude und Motivation.

Instrumente:

Beobachtungsbögen, angepasste Rubriken, visuelle Fragebögen, Aufzeichnungen über gesunde Gewohnheiten.

Merkmale der Aktivität

Dauer	60 Minuten pro Sitzung
Anzahl der Sitzungen	2 Trainingseinheiten pro Woche + 1 Spiel pro Monat
Zeitraum	8 Monate (Oktober – Mai)
Ort	Sportzentrum / Angepasste Sportanlagen
Bevölkerung	Menschen mit geistiger Behinderung
Methode	Kleine Gruppe, angeleitet und inklusiv
Benötigtes Material	Angepasste Bälle, verstellbare Körbe, Kegel, Leibchen, Matten
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Beobachtung der Teilnahme, Fähigkeiten, Gesundheitsgewohnheiten und des emotionalen Wohlbefindens
Kosten der Aktivität	Nutzung von Sportanlagen, Material und Transport (Veranstaltungen und Endrunde)



4.13. Aktivität „Angepasste Seniorengymnastik“

Art der Aktivität: Indoor. Gruppenaktivität.

Für die Aktivität zuständige Abteilung: Beschäftigungstherapie / Physiotherapie.

Für die Aktivität verantwortliche Fachkräfte: Physiotherapeut/in / Ergotherapeut/in / Hilfspersonal und Pflegekräfte.

Tätigkeitsbereich: Gesundheit · Primärprävention · Aktives Altern und ganzheitliches Wohlbefinden.

Beschreibung der Aktivität:

Gerontogymnastik ist eine speziell angepasste Form der körperlichen Betätigung, die sich besonders für ältere Menschen mit geistiger Behinderung eignet. Im Gegensatz zu anderen herkömmlichen Sportarten zeichnet sie sich durch ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit, Sicherheit und einen ganzheitlichen therapeutischen Ansatz aus.

Durch sanfte, strukturierte und rhythmische Übungen trägt die Aktivität zur Erhaltung der Mobilität, der funktionellen Selbstständigkeit und des emotionalen Wohlbefindens bei und fördert ein aktives, würdevolles Altern mit höherer Lebensqualität.

Ziele der Aktivität:

Allgemeine Ziele:

- Erhaltung und Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und Muskelkraft.
- Förderung der motorischen Koordination, des Gleichgewichts und des Körperbewusstseins.
- Verhinderung der mit dem Altern verbundenen körperlichen, kognitiven und funktionellen Verschlechterung.
- Förderung der Sozialisierung, des emotionalen Wohlbefindens und des Zugehörigkeitsgefühls zur Gruppe.

Spezifische Ziele:

- Förderung der Aufmerksamkeit, des funktionellen Gedächtnisses und der Verbindung zwischen Körper und Geist.
- Erleichterung der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten (ADL).
- Verringerung der Sturzgefahr durch Training des Gleichgewichts und der Körperstabilität.
- Verringerung von Angstzuständen, Stress und störendem Verhalten.
- Stärkung des Selbstwertgefühls, der Motivation und des Erfolgsgefühls.

Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien:

- Ältere Menschen mit leichter oder mittelschwerer geistiger Behinderung.
- Fähigkeit, mit oder ohne Unterstützung sitzen oder stehen zu bleiben.
- Bereitschaft zur Teilnahme an geleiteten Gruppenaktivitäten.

Ausschlusskriterien:

- Medizinische Erkrankungen, die körperliche Aktivitäten, auch mit geringer Intensität, kontraindizieren.
- Körperliche oder verhaltensbezogene Dekompensationen, die die Sicherheit während der Sitzung beeinträchtigen.

Methodik:

Die Methodik ist angepasst, sicher und auf die Person ausgerichtet, mit einem präventiven und therapeutischen Ansatz:

- Einfache, sich wiederholende Sprache und gestische Begleitung.
- Individuell auf das Funktionsniveau abgestimmte Übungen.



- Verwendung von spielerischen und sicheren Materialien (weiche Bälle, Tücher, Gummibänder, Musik).
- Kleine Gruppen (6–8 Personen) unter ständiger Aufsicht.
- Positive Verstärkung und feste Routinen zur Förderung der Einhaltung.

Aufbau der Sitzung (40 Minuten):

1. Aufwärmen (10 Min.): Beweglichkeit der Gelenke und geführte Atmung.
2. Hauptteil (20 Min.): sanfte Kraftübungen, Gleichgewicht, Koordination und Bewegungsspiele.
3. Abkühlung (10 Min.): Entspannung, Dehnübungen und Achtsamkeit für den Körper.

Bewertung der Aktivität:

Die Bewertung erfolgt kontinuierlich und beobachtend unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Teilnahme und Anwesenheit.
- Funktionelle und motorische Entwicklung.
- Emotionales Wohlbefinden und Motivation.
- Soziale Interaktion und Verhalten in der Gruppe.

Die Informationen werden verwendet, um die Sitzungen anzupassen und Risiken vorzubeugen.

Monatlicher Zeitplan für angepasste Gerontogymnastik

Woche 1

Tag	Hauptaktivität	Spezifische Ziele	Material
Montag	Grundlegende Mobilitätsübungen	Bewertung der Gelenkbeweglichkeit, Ausdauer und Belastbarkeit	Reifen, Kegel
Mittwoch	Unterstütztes Gehen + Beinkraft	Quadrizeps stärken und statisches Gleichgewicht verbessern	Stühle, Bälle
Freitag	Bälle + Musik (Dehnübungen)	Förderung der Hand-Augen-Koordination und Entspannung	Weiche Bälle, Musik

Woche 2

Tag	Hauptaktivität	Spezifische Ziele	Material
Montag	Übungen mit Tüchern und Musik	Verbesserung der rhythmischen Koordination und des Körperbewusstseins	Tücher, Musik
Mittwoch	Hindernisparcours	Förderung des dynamischen Gleichgewichts und der Aufmerksamkeit	Kegel, Matten
Freitag	Spiele zu zweit	Motorisches Gedächtnis und soziale Interaktion stärken	Musik, Bildkarten

Woche 3

Tag	Hauptaktivität	Spezifische Ziele	Materialien
Montag	Werfen mit bunten Bällen	Förderung der visuellen Unterscheidungsfähigkeit und Koordination	Farbige Bälle
Mittwoch	Übungen mit Gummibändern	Verbesserung der Muskelkraft und Beweglichkeit des Oberkörpers	Gummibänder



Freitag	Schrittfolge mit Farben/Zahlen	Kognitive Aufmerksamkeit und räumliche Orientierung	Stimulation: Markierte Matten oder Papiere
---------	--------------------------------	---	--

Woche 4

Tag	Hauptaktivität	Spezifische Ziele	Material
Montag	Lieblingsparcours der Gruppe	Lernfortschritte festigen und Selbstwertgefühl stärken	Reifen, Bälle
Mittwoch	Angepasste Mini-Olympiade	Bewertung der körperlichen und funktionellen Fortschritte auf spielerische Weise	Übungsstationen
Freitag	Geführte Entspannung + Verleihung der Diplome	Förderung eines positiven Abschlusses und Verringerung von Ängsten	Leise Musik, Diplome

Merkmale der Aktivität:

Dauer	40 Minuten
Anzahl der Sitzungen	3 Sitzungen pro Woche
Ort	Mehrzweckraum des Zentrums / Therapieraum
Bevölkerung	Ältere Menschen mit geistiger Behinderung
Methode	Kleine Gruppe, angeleitet und angepasst
Benötigtes Material	Stabile Stühle, weiche Bälle, Gummibänder, Tücher, Kegel, Musik
Bewertung der Aktivität	Kontinuierliche Beobachtung der körperlichen, kognitiven und emotionalen Verfassung
Kosten der Aktivität	Grundlegendes therapeutisches Material

Fazit

Gerontogymnastik ist eine der am besten geeigneten körperlichen Aktivitäten für ältere Menschen mit geistiger Behinderung, da sie moderate Bewegung, Sicherheit, Gruppendynamik und einen hohen therapeutischen und präventiven Wert miteinander verbindet. Ihre systematische Integration als primäre Präventionsmaßnahme fördert die Selbstständigkeit, verzögert den Funktionsverlust und verbessert das allgemeine Wohlbefinden.

5. Allgemeine Schlussfolgerungen

Die in diesem Dokument vorgelegten Belege lassen den Schluss zu, dass Sport eine ganzheitliche therapeutische Maßnahme darstellt, die gleichzeitig auf neurobiologischer, psychologischer und sozialer Ebene bei der Genesung von Suchterkrankungen und Doppeldiagnosen wirken kann.

Erstens zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass körperliche Aktivität dazu beiträgt, beeinträchtigte Belohnungssysteme wiederherzustellen, die Neuroplastizität zu fördern und das emotionale Gleichgewicht zu verbessern – allesamt Schlüsselemente für die Verringerung des Verlangens und die Prävention von Rückfällen.

Aus psychologischer Sicht stärkt Sport die Selbstwirksamkeit, reguliert Ängste und festigt Selbstfürsorge-Gewohnheiten. Der überarbeitete theoretische Rahmen (transteoretisches Modell, Selbstbestimmung, Resilienz und Sozialkapital) erklärt, wie diese Aktivitäten den Übergang zu gesundem Verhalten begünstigen, die intrinsische Motivation steigern und den Wiederaufbau einer von der Sucht losgelösten Identität ermöglichen.



Im sozialen Bereich erweist sich die Ausübung von Sport als ein privilegiertes Mittel, um Integration, Zugehörigkeitsgefühl und gemeinschaftliche Unterstützungsnetzwerke zu schaffen. Dies ist besonders relevant für schutzbedürftige Gruppen wie Menschen mit geistiger Behinderung oder Flüchtlinge, für die Sport als Instrument der Inklusion, Selbstermächtigung und Würde dient.

Die Analyse bewährter Praktiken auf verschiedenen Versorgungsebenen zeigt, dass körperliche Aktivität während des gesamten Therapieprozesses, von der Primärversorgung bis hin zu therapeutischen Gemeinschaften, kohärent umgesetzt werden kann. Die Kombination aus angepassten Interventionen, professioneller Betreuung, individuellen Plänen und Mechanismen zur Einhaltung der Therapie bildet ein wirksames und nachhaltiges Modell.

Darüber hinaus können potenzielle Risiken (wie die Entwicklung einer Sportsucht) durch strenge Bewertungsprotokolle, Zugangskriterien, klinische Überwachung und Personalschulungen verhindert werden.

Insgesamt kommt das Dokument zu dem Schluss, dass Sport nicht nur eine Ergänzung, sondern ein wesentlicher und übergreifender Bestandteil des modernen Ansatzes zur Suchtbekämpfung ist. Seine Institutionalisierung innerhalb der psychiatrischen Dienste und Rehabilitationsprogramme ist ein notwendiger Schritt, um einen ganzheitlichen, inklusiven und auf den Menschenrechten basierenden Ansatz zu gewährleisten. Die verfügbaren Erkenntnisse sprechen für seine Integration als therapeutisches Instrument erster Wahl mit nachgewiesenen Vorteilen für die Genesung, die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität.



6. Literatur

- AAIDD (2017) *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 12. Auflage. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Angelucci, F., Ricci, E., Padua, L., Sabino, A. und Tonali, P. (2019) „Neurobiological mechanisms of exercise in addiction recovery“ (Neurobiologische Mechanismen von Bewegung bei der Suchtbekämpfung), *Neuroscience Letters*, 712, S. 134–145.
- APA (2013) *Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen (DSM-5)*. 5. Auflage. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asensio-Hernández, J. und Martín, A. (2022) „Sozialkapital und Inklusion durch Sport in benachteiligten Bevölkerungsgruppen“, *Revista Española de Psicología Social*, 37(2), S. 115–133.
- Bandura, A. (1997) *Selbstwirksamkeit: Die Ausübung von Kontrolle*. New York: Freeman.
- Barrantes-Brais, K., García-Ramírez, M. und Salas, D. (2021) „Sport als Mittel zur Inklusion und psychischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung“, *Psicología y Salud*, 31(1), S. 41–58.
- Bauman, Z., Smith, J. und Fernández, A. (2021) „Trauma, Vertreibung und Resilienz: Perspektiven zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Flüchtlingsstatus“, *Revista de Intervención Psicosocial*, 25(3), S. 212–231.
- CEAR (2022) *Programm „Sport und Zuflucht“: Wirkungsbewertung 2021–2022*. Málaga: Spanische Kommission für Flüchtlingshilfe.
- Deci, E.L. und Ryan, R.M. (1985) *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Diener, E. (2000) „Subjektives Wohlbefinden: Die Wissenschaft vom Glück und ein Vorschlag für einen nationalen Index“, *American Psychologist*, 55(1), S. 34–43.
- Farde, L., Ramírez, A. und Sánchez, M. (2018) „Physical exercise as a complement to therapy in addiction treatment centers“, *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), S. 105–129.
- Fundación A LA PAR (2021) *Sport und Inklusion: Bewertung der Auswirkungen angepasster Programme für Menschen mit geistiger Behinderung*. Madrid: Fundación A LA PAR.
- García, R., Domínguez, J. und López, I. (2022) „Verschreibung von körperlicher Bewegung in der Primärversorgung: Ergebnisse des PAPPS-Programms“, *Atención Primaria*, 54(3), S. 145–153.
- GIESAD (2018) *Leitfaden für Interventionen bei Suchterkrankungen und geistiger Behinderung*. Madrid: Forschungsgruppe für Gesundheit und Suchterkrankungen (GIESAD).
- González-Sánchez, M., López-Torrecillas, F. und Pérez-García, M. (2020) „Körperliche Bewegung und Neuroplastizität bei der Behandlung von Suchterkrankungen“, *Zeitschrift für klinische Psychologie mit Kindern und Jugendlichen*, 7(2), S. 51–64.
- Krysinska, K., Burkhardt, J. und Tran, T. (2022) „Sport als Instrument zur sozialen Integration von Flüchtlingen: Erkenntnisse aus europäischen Gemeinschaftsprogrammen“, *Journal of Refugee Studies*, 35(4), S. 754–773.



López-Romero, A. und Iglesias, J. (2020) „Körperliche Bewegung, Schlaf und Abstinenz: eine Übersicht über aktuelle Interventionen“, *Revista Española de Psicología Aplicada*, 12(1), S. 65–80.

López-Torrecillas, F. und Rueda, R. (2016) „Sport und Resilienz: Psychologische Strategien zur Rückfallprävention“, *Psicothema*, 28(3), S. 214–222.

Lox, C.L., Martin, K.A. und Petruzzello, S.J. (2019) *The Psychology of Exercise: Integrating Theory and Practice*. 4. Auflage. New York: Routledge.

Martín-Doménech, A. und Peiró-Pérez, I. (2021) „Anpassung von Sportprogrammen für Menschen mit geistiger Behinderung“, *Revista de Psicología y Educación Especial*, 18(2), S. 87–101.

Morral, F., Gil, R. und López, V. (2025) „Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit in Wohnumgebungen: systematische Überprüfung“, *Zeitschrift für Gemeindegeseundheit*, 41(1), S. 12–37.

Proyecto Hombre (2021) *Bewertung der Ergebnisse des therapeutischen Sportprogramms 2019–2021*. Granada: Fundación Proyecto Hombre.

Ramírez, C., Torres, P. und Varela, M. (2020) „Sport als ergänzende Therapie bei Suchterkrankungen: Ergebnisse in spanischen Kliniken“, *Revista de Intervención Psicológica*, 32(2), S. 87–106.

Reche García, R. (2019) „Das transteoretische Modell der Veränderung angewendet auf körperliche Bewegung in der Suchttherapie“, *Revista Española de Psicología del Deporte*, 28(4), S. 145–161.

Rodríguez-Martos, A. (2017) *Biopsychosoziales Modell und Sucht: theoretische Grundlagen und klinische Strategien*. Barcelona: Socidrogalcohol.

UNHCR (2023) *Sport for Protection Toolkit: Programming with Young People in Forced Displacement Settings*. Genf: Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen.

Wang, X., Chen, Z., Liu, J. und Zhao, Y. (2021) „Exercise as a neuroprotective intervention in substance use disorders“, *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, S. 1–12.

Sport for Inclusion Refugees (2023) *Ergebnisbericht des europäischen Projekts Sport for Inclusion Refugees 2023*. Brüssel: Europäische Kommission.

Spanisches Rotes Kreuz (2023) *Jahresbericht über kommunale Sportprogramme für Flüchtlinge*. Madrid: Rotes Kreuz.