

Actividad Físico - Deportiva en Adolescentes Consumidores de SPA

Physical and Sports Activity in Adolescents SPA Consumers

Leonardo Eliecer Tarqui Silva

Facultad de Filosofía de la Universidad Estatal de Milagro - Guayaquil Ecuador; Correspondencia: ltarquis@unemi.edu.ec

ARTICLE INFO

Article received 20-12-2016
Article accepted 22-03-2017
On line: 30-03-2017

PALABRAS CLAVES:

terapéutico,
físico-deportivo,
socio-humanísticas,
desintoxicación,
evolución.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Artículo recibido 20-12-2016
Artículo aceptado 22-03-2017
On line: 30-03-2017

KEY WORDS:

Therapeutic,
physical-sports,
socio-humanistic,
detoxification,
evolution.

RESUMEN

El presente estudio muestra el abordaje terapéutico fundamentado en actividades físico-deportivas aplicadas como reforzador, canalizador y modificador conductual en conjunto con terapias cognitivas, socio-humanísticas, espirituales, ocupacionales, vivenciales y familiares ejecutadas en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) entre las edades de 14 a 17 años en la Comunidad Terapéutica para Adolescentes Varones Hogar Crecer (CTHC), de la ciudad de Cuenca - Ecuador; obteniendo como resultados una disminución y canalización de los niveles de agresividad, mejoras en el área de socialización, autoestima, rendimiento académico y un adecuado proceso de desintoxicación e incidencia directa en la etapa inicial crítica de abstinencia. Los resultados de la investigación se obtienen a través de la aplicación de reactivos psicológicos clínicos y deportivos; de forma conjunta aportan los informes y diagnósticos de evolución semanal del staff clínico durante los 6 meses de tratamiento en modalidad de internamiento administrados en periodos iniciales y subsecuentes del proceso psicoeducativo.

ABSTRACT

The present study shows the therapeutic approach based on physical and sports activities applied as reinforcer, channeler and behavioral modifier in conjunction with cognitive, socio-humanistic, spiritual, occupational, experiential and family therapies performed in adolescents using psychoactive substances (SPA) between Ages 14 to 17 years in the Therapeutic Community for Adolescent Males Hogar Crecer (CTHC), of the city of Cuenca - Ecuador; resulting in a reduction and channeling of aggressiveness levels, improvements in the area of socialization, self-esteem, academic performance and an adequate process of detoxification and direct incidence in the initial critical stage of abstinence. The results of the research are obtained through the application of clinical and sports psychological reagents; together provide the reports and diagnoses of weekly evolution of clinical staff during the 6 months of treatment in hospitalization modality administered in initial and subsequent periods of the psych educational process.

INTRODUCCIÓN

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito en su Informe Mundial indica que 1 de cada 20 adultos aproximadamente; es decir alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron por lo menos una droga en 2014 (UNODC, 2016), el Observatorio de Drogas del Consejo de Sustancias Estupefacientes en el IV Estudio Nacional Sobre el uso de Drogas en población de 12 a 65 años presentó resultados que evidencian el consumo en estudiantes entre 12 a 17 años en todo el país; detallando que el 33.4% corresponde a chicos de 14 a 15 años, el 31.3% de 12 a 13 años, el 29.1% de 16 a 17 años y más de 17 años el 5.8%(CONSEP, 2014).

Contextualizando la profunda problemática referente al consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial y posteriormente en el ámbito nacional, surge en el año 2012 en la Ciudad de Cuenca (CTHC), con respaldo de Acción Social Municipal; ofertando un tratamiento que incluye un periodo de 6 meses de internamiento para adolescentes varones consumidores de (spa), debiendo atravesar las fases de acogida, identificación, elaboración, consolidación, servicio social y desprendimiento gradual, cuyo objetivo final perseguía la reinserción al entorno comunitario.

Los programas de ejercicio físico son citados por Sonstroem (1997) en sus investigaciones acerca de la directa relación asociada con aumentos significativos en los niveles de autoestima, más notoriamente en individuos con auto concepto bajo; por otra parte Gruber (1986) también relaciona los niveles elevados de estima propia con la participación del grupo sujeto de estudio en planificaciones de educación física.

Long & Stavel (1995), definen que la práctica de una actividad deportiva aeróbica realizada en lapsos iguales o superiores a los 30 minutos, genera repercusiones significativas en la calidad de vida de

los pacientes que presentan trastornos de ansiedad; transformándose en una sólida y variada estrategia terapéutica posible de ser estructurada por psicólogos, psiquiatras y médicos. En este sentido refiriéndose a la etapa de la adolescencia Rodríguez (2000) alude al hecho comprobado que los púberes no eligen de forma mayoritaria la práctica de actividades físico-deportivas fuera del horario escolar. Todos estos indicadores son parte de los fundamentos en los que se consolidó la propuesta de intervención psicológica clínico-deportiva realizada en (CTHC), donde el rol ejecutor del deporte resplandece como mecanismo de defensa psíquico sublimador de pulsiones.

Para Méndez (2003), cualquier tipo de actividad física como los juegos, deportes o ejercicios, proporcionan la posibilidad de expresarse, adquirir autoconfianza y generar actitudes de pertenencia a un grupo o colectivo, desarrollando y consolidando las relaciones afectivas, generando procesos de integración social, estas virtudes son lo opuesto a los comunes riesgos derivados del consumo, creando una desprogramación sistemática progresiva a nivel conductual y cognitivo.

La adolescencia es una etapa transitoria determinante que ejercerá impacto en el estilo de vida de todas las personas; durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo de alcohol y otras sustancias, en caso de no adoptar hábitos nocivos durante este periodo, es menos probable que se los adquiera en la adultez (Urquieta, Hernández, & Hernández, 2006). La prevalencia del desarrollo de conductas saludables o perjudiciales obedece en gran proporción al tipo de rutinas adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales; siendo factible que un púber físicamente activo y con invariables hábitos saludables conserve esta línea positiva alcanzada su madurez, y muy viable que uno sedentario o con un estilo de vida poco saludable lo mantenga durante años tal como lo sugiere Irwin (2004).

Bukstein (1995), en investigaciones con adolescentes resalta el vínculo entre las variables familiares, el posterior uso y abuso de sustancias psicoactivas, por citar: una estructura familiar poco sólida (padres solteros, padres separados o viudos) está ligada con los inicios del consumo de alcohol, probablemente debido a que los adolescentes pueden ser impulsados a usar (SPA) generado por situaciones de prematura autonomía. El deporte en este sentido puede suplir estas falencias familiares, de tal forma que el adolescente convierta la práctica deportiva en un refugio psicológico donde descargue las tensiones almacenadas.

Goodman (2008) define adicción como un estado en el cual la conducta puede encontrarse orientada a la búsqueda del placer o la reducción del malestar, esta es expresada en un modelo de accionar que cumple dos condiciones: un fallo recurrente en los mecanismos de control conductual y una continuación del comportamiento a pesar de las consecuencias negativas que esta acarrea.

Diversos modelos y enfoques teóricos destacan la complicidad del córtex pre frontal como estructura cuyo anacrónico funcionamiento beneficia la falta de control y la paupérrima modulación de estructuras de nivel inferior, el modelo neuropsicológico unificado de la adicción promulga la existencia de una alteración de los sistemas de toma de decisiones (Redish, Jensen, & Johnson, 2008).

Bolla et al (2003), presenta en sus estudios una amplia evidencia referente a la dependencia de sustancias y su íntimo vínculo en las transformaciones neuroanatómicas que directamente inciden en el deterioro cognitivo; una reciente revisión plantea que la memoria episódica, el procesamiento emocional y los componentes ejecutivos de la toma de decisiones son deteriorados, destacando que cada tipo o grupo de (spa) consumida, determinará la correlación con los daños: los psicoestimulantes y el alcohol con comportamiento impulsivo e inflexibilidad cognitiva,

el alcohol con alteraciones en el procesamiento espacial, velocidad perceptiva y atención selectiva, las metanfetaminas y el cannabis con déficits en memoria prospectiva, procesamiento y planificación.

Este deterioro a nivel cognitivo interfiere en las estructuras de aprendizaje, en la incorporación de esquemas de información, produciendo incapacidad de instaurar nuevos procesos mentales, en este punto emana la fortaleza de la terapia físico-deportiva; la motricidad constituye un fundamento y condición determinante para el desarrollo físico e inminentemente intelectual y socio afectivo, no solo se debe considerar su análisis centrado en el aspecto biológico, es imprescindible adjudicarle la repercusión que posee sobre todas las dimensiones del ser humano, visto como una entidad bio-psico-socio-espiritual.

Estudios ejecutados en ratones plasmaron como resultado que la actividad física aumentaba la secreción del factor neurotrófico cerebral (BDNF - Brain Derived Neurotrophic Factor), que consiste en una neurotrofina que provee soporte vital para las neuronas colinérgicas (aquellas que se comunican a través del neurotransmisor acetilcolina) del cerebro anterior (lóbulo frontal), la expresión aumentada de BDNF inducida por el ejercicio podría ayudar a incrementar la resistencia al daño y la degeneración de tal forma que esta proteína sustente el crecimiento, funcionalidad y supervivencia neuronal.

Según Centelles (2009), la obesidad, el estrés, el sedentarismo y el consumo exagerado de alcohol, tabaco y drogas, junto con la motorización constituyen los pilares sobre los que se apoya el sistema de vida de los ciudadanos modernos que a la vez permite disfrutar de algunos placeres, produce un forma típica de enfermedad y muerte, descuidando el control de la salud física, la cual afecta los estados emocionales y bienestar psíquico.

MATERIALES Y MÉTODOS

La intervención se realizó con 50 jóvenes entre 14 y 17 años con características del 90% en consumo de alcohol, cigarrillo, cannabis y un 10% indica haber utilizado otras sustancias estupefacientes durante el transcurso de su vida activa; el 67% provienen de familias conflictivas, el 70 % de las familias son de clase económica media, el restante provienen de orígenes precarios; el 60% se encontraba cursando estudios, 30% indican deserción y un 10% solo escolaridad.

Posterior a la firma del consentimiento informado por los representantes legales de cada adolescente se aplicaron como reactivos de carácter psicológico clínico: House Tree Person (H.T.P.) instrumento proyectivo utilizado ampliamente en población infanto-juvenil junto con el Test de la Familia que evalúan aspectos emocionales, conductuales e intelectuales; el test de sacks aportó con datos sobre el área de adaptación familiar, sexual, relaciones interpersonales y auto concepto. Dentro del área de actividad físico-deportiva se utilizó el Perfil de Estados de Ánimo (POMS - Profile of Moode States) que valora parámetros de tensión-ansiedad, depresión-melancolía, cólera-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia y confusión-desorientación (MCNair, Lorr, & Droppelman, 1971).

Para determinar los niveles de agresividad durante los procesos de rehabilitación se utilizó el Cuestionario de Agresión Reactiva-Proactiva (Andreu, Peña, & Ramírez, 2009), y el STAXI – II (Inventario de Expresión de Enojo Estado) aplicado en gran magnitud con atletas pertenecientes a deportes de combate en diagnósticos competitivos (Leibovich, Schmidt, & Gol, 2001).

Este reactivo permite identificar los niveles respecto al estado de ira y el rasgo de ira; el estado de ira es definido como una situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos

subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia.

La ira definida como estado emocional psicobiológico está íntimamente ligada con síntomas de tensión muscular y excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo; en el transcurso del tiempo la intensidad del estado de ira varía en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida.

El rasgo de ira es caracterizado por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como molestas o frustrantes, y la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira; los sujetos con altas puntuaciones en este indicador experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con puntuaciones bajas. El estado de enojo es definido por Spielberger (1991) como una emoción en un determinado momento, caracterizado por sentimientos subjetivos que pueden varían en intensidad, desde una ligera molestia o irritación hasta un estado de exaltación de furia o rabia intensa.

Las intervenciones terapéuticas físico-deportivas fueron guiadas por un especialista en Cultura Física quien aplicó programas grupales e individuales durante los seis meses de tratamiento y con el control del staff clínico, la práctica deportiva como el fútbol y voleibol fueron los principales elementos para el establecimiento de normas de convivencia social, respeto a las reglas, control de los impulsos, participación grupal y modelamiento del lenguaje; deportes incrementados con exhaustivo control fueron la gimnasia, la caminata dentro de las zonas campestres cercanas (se utilizó vigilancia de “hermanos mayores”, jóvenes con más horas de tratamiento con el fin de evitar deserciones) y con el apoyo de entidades como Federación Deportiva del Azuay (FDA) se concretaron campeonatos de boxeo

donde inicialmente los adolescentes ejercían un papel de espectadores, posteriormente se involucraron de forma gradual en este deporte de combate donde fue evidente el proceso catártico que experimentaron en su personalidad.

Dentro de las actividades físicas de trascendencia se menciona la creación de huertos dentro de la (CTHC), la limpieza y cuidado de las diversas áreas verdes de la institución, los programas ocupacionales implementados propios del tratamiento que maneja el modelo de comunidad y las responsabilidades progresivas que adquiere el adolescente según su evolución.



Figura 1. El boxeo como terapia canalizadora de la agresividad en CTHC

Los test psicológicos clínicos se aplicaron a los 8 días del ingreso en el tratamiento, en cuanto a los reactivos psicológicos deportivos tuvieron dos momentos cruciales; a los 15 días de su ingreso como diagnóstico inicial y a los 5 meses 3 semanas con fines de evaluación próxima a su reinserción social, en cuanto a los diagnósticos y criterios del staff clínico conformado por un psiquiatra, médico, terapeuta ocupacional, psicólogos, terapeutas vivenciales, trabajadora social, maestra del Ministerio de Educación y representante legal, se los realizó semanalmente con informes mensuales de evolución en cada una de las seis etapas que deben ser superadas: acogida, identificación, elaboración, consolidación, servicio social y desprendimiento gradual cuya meta máxima es la idónea reinserción en la sociedad.

RESULTADOS

Los informes mensuales elaborados por el staff clínico indicaron una mejora cualitativa del 30 % en 25 jóvenes (50 % del total) en cuanto a factores como adaptación al entorno social durante el primer mes, una incidencia directa en la mejoría de los procesos de abstinencia reflejada en conductas alimentarias y frecuencia en los horarios de sueño al final de la etapa de acogida, un desempeño progresivo en la participación de actividades vivenciales en sala de terapia (expresión de sentimientos, reconocimiento de acciones), junto a un incremento en la autoestima identificable en conductas de cuidado corporal, hábitos de aseo diarios y registro de control ejecutado por los terapeutas vivenciales.

Durante la fase última de tratamiento constituida por parámetros de servicio social y desprendimiento, los resultados del equipo evaluador indican cualitativamente un progreso adaptativo satisfactorio en las terapias familiares y su progresiva reinserción (en esta etapa existe una visita semanal de los cuidadores), acatamiento de normas establecidas, aceptación de responsabilidades como el cuidado y guía de jóvenes que inician su proceso.

Los resultados en los niveles de agresividad obtenidos a través del STAXI-II indican mejoras en el área de socialización, autoestima, rendimiento académico y un adecuado proceso de desintoxicación e incidencia directa en la etapa inicial crítica de abstinencia.

El primer componente lo constituye la expresión externa de la ira con los siguientes porcentajes grupales al inicio de la primera semana o fase de acogida y posteriormente al final del tratamiento en la fase gradual de desprendimiento; 93% vs 11% que implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno, los adolescentes mostraron en este ítem una disminución marcada en sus conductas agresivas de rechazo a los cuidadores y equipo clínico, uso de lenguaje colérico, conductas violentas

y reacciones impulsivas hacia sus pares.

En el segundo componente conformado por la expresión interna de la ira que contempla el dirigir este elemento hacia el interior (donde existen represiones de los sentimientos de ira), tiene puntajes iniciales del 8% vs 87% en la evaluación final; obviamente los adolescentes pudieron manifestar y liberar tensiones almacenadas en su psiquismo a través de actividades deportivas como el boxeo que influye completamente en la descarga física, sin embargo trasciende el rol de las intervenciones guiadas por los diferentes profesionales en cuanto a identificación, expresión de sentimientos y emociones ocultas por el consumo de sustancias, siendo elaboradas durante todo el proceso; el logro terapéutico no solo radica en expresar a través de acciones y palabras el material represivo, es necesario asimilar el contenido del mismo y únicamente es posible con la guía profesional del psicólogo clínico, psiquiatra y la intervención vivencial que encaminan a un insight o introspección en la persona, en este caso liberando esa energía psíquica promotora de expresiones descontroladas, logrando un mejor dominio interno de la persona.

El tercer componente está conformado por el control externo de la ira, el cual se basa en el dominio de los sentimientos de enfado que permiten evitar su manifestación ante otras personas u objetos circundantes, los puntajes del grupo fueron del 21% vs 94% al final del tratamiento, inicialmente era frecuente encontrar en el grupo riñas infundadas, expresiones inapropiadas, violencia proyectada en la destrucción de objetos, actitudes arrogantes e incluso desafiantes, y un malestar generalizado de irritabilidad que posteriormente la actividad físico-deportiva junto a las terapias logró aplacarlas actuando como mecanismo de defensa sublimador de la ira.



Figura 2. Niveles de agresividad en adolescentes consumidores de (spa), CTHC

Como componente final se registró el control interno de la ira, la cual se relaciona con el manejo de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas, los indicadores puntúan un 12% vs 83% en la fase próxima a la reinserción familiar; es necesario mencionar que dentro de los distintos objetivos terapéuticos enfocados a la personalidad se encuentra el fortalecimiento de las capacidades de autocontrol, tolerancia a la frustración y fortalecimiento de las estructuras yoicas, las mismas que fueron reforzadas a través de las distintas acciones físico-deportivas; pero en su mayoría tienen una génesis de abordaje psicológico clínico que es planteado en sala de terapia.

CONCLUSIONES

La adicción como proceso no encuentra su génesis únicamente en criterios de carácter neurológico, constituyen condiciones necesarias pero no las únicas para dilucidar la complejidad de esta afección que presenta rasgos fisiológicos y psicológicos en múltiples niveles: intra e interpersonal, factores genéticos y ambientales, disposiciones previas y efectos post exposición. En gran medida la psicopatología asociada a la dependencia de una sustancia puede explicarse a partir de elementos ambientales, siendo uno de los más importantes el estrés psicosocial; la acción preventiva y rehabilitadora de las actividades físico-deportivas se manifiesta positivamente dentro del grupo

seleccionado durante los 12 meses de tratamiento en dos generaciones, mostrando una mejoría radical en los procesos de abstinencia, control de los impulsos como la agresividad, socialización, respeto a las normas de convivencia, incremento de autoestima, sentimientos de bienestar físico y emocional, que junto a una descarga de agentes estresores psíquicos son fieles indicadores de la efectividad al utilizar estas alternativas terapéuticas recreativas en los procesos de rehabilitación con jóvenes consumidores de (spa).

En el contexto ecuatoriano los programas aplicados en las instituciones de salud para este tipo de pacientes, en su gran mayoría carecen de componentes que incluyan intervenciones terapéuticas estructuradas en actividad física y deporte; a pesar de sus innegables potencialidades rehabilitadoras, existiendo programas tradicionales que únicamente consideran la acción farmacológica y psíquica terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreu, J., Peña, E., & Ramírez, J. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(1), 37-49. Recuperado el 21 de Noviembre de 2016, de [http://www.aepp.net/arc/\(4\)_2009\(1\)_Andreu_Pena_Ramirez.pdf](http://www.aepp.net/arc/(4)_2009(1)_Andreu_Pena_Ramirez.pdf)
- Bolla, K., Eldreth, D., London, E., Kiehl, K., Mouratidis, M., & Contoreggi, C. (2003). Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision-making task. *Neuroimage* 2003. Recuperado el 25 de Noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12880834>
- Bukstein, O. (1995). Influences on the risk and course of substance use and abuse in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2016, de http://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/1995/07000/Influences_on_the_risk_and_course_of_substance_use.5.aspx
- Centelles, L. (Enero de 2009). *efdeportes.com*. EFDeportes(128). Recuperado el 23 de Diciembre de 2016, de <http://www.efdeportes.com/efd128/la-actividad-fisica-como-factor-rehabilitador-en-personas-con-problemas-de-drogas.htm>
- CONSEP. (2014). IV estudio nacional sobre uso de drogas en población 12 a 65 años. CONSEP, Observatorio Nacional de Drogas. Quito: Observatorio Nacional de Drogas. Recuperado el 19 de Noviembre de 2016, de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Boletin-final-POBLACION-GENERAL.pdf>
- Goodman. (2008). An integrative review. *Biochem Pharmacol*. En Goodman, *Neurobiology of addiction*. (págs. 75, 266-322). EE.UU.: US National Library of Medicine. Recuperado el 27 de Noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764663>
- Gruber, J. (1986). *nationalacademyofkinesiology*. (A. A. Papers, Ed.) Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de http://www.nationalacademyofkinesiology.org/AcuCustom/Sitename/DAM/129/TAP_19_EffectsofPhysicalActivityOnChildren_06.pdf
- Irwin, C. (Junio de 2004). Eating and physical activity during adolescence: Does it make a difference in adult health status? *The journal of adolescent health*, 34(6), 59-60. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15145402>
- Leibovich, N., Schmidt, V., & Gol, S. (2001). El Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo (staxi) y su uso en diferentes poblaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 55-74. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R113.pdf
- Long, B., & Stavel, R. (1995). Effects of exercise training on anxiety: A meta-analysis. *Journal of*

- Applied Sport Psychology, 7(2), págs. 167-189. Recuperado el 23 de Noviembre de 2016, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10413209508406963>
- MCNair, D., Lorr, M., & Droppelman, L. (1971). Manual for the profile of mood states. 69-70. Recuperado el 22 <http://garfield.library.upenn.edu/> de Noviembre de 2016
- Méndez, A. (Enero de 2003). ResearchGate.net. (Paidotribo, Ed.) Recuperado el 20 de Noviembre de 2016, de https://www.researchgate.net/publication/236442056_Nuevas_propuestas_ludicas_para_el_desarrollo_curricular_de_Educacion_Fisica_Juegos_con_materia_l_alternativo_juegos_predeportivos_y_juegos_multiculturales_Barcelona
- Morgan, W., Costill, D., Flynn, M., Raglin, J., & O'Connor, P. (1988). Mood disturbance following increased training in swimmers. *Medicine and Science in sports and exercise*, 20(4), 408-414. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3173050>
- Portillo, L. (1997). Educación y hábitos de salud. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid: UNED. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=40490>
- Redish, A., Jensen, S., & Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: vulnerabilities in the decision process. *Behav Brain Sci*. Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18662461>
- Rodríguez, A. (2000). *Adolescencia y Deporte*. Nobel.
- Sonstroem, R. (1997). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem. (R. Kenneth, Ed.) *APA PsycNet*, 3-29. Recuperado el 21 de Noviembre de 2016, de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-08965-001>
- Spielberger, C. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Florida: ODESA. Recuperado el 19 de Noviembre de 2016, de <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=5819b479eeae3922cb3537b1&assetKey=AS%3A423910761078784%401478079609678>.
- UNODC. (2016). Informe Mundial sobre Drogas. Informe Mundial sobre drogas, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Recuperado el 28 de Noviembre de 2016, de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Urquieta, J., Hernández, M., & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. *Salud Pública México*, 48(1), 30-40. Recuperado el 22 de Noviembre de 2016, de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s1/a05v48s1.pdf>