



MANUEL FAJARDO

Cienfuegos

SEDE UNIVERSITARIA MUNICIPAL

Cruces

Trabajo de diploma Para optar por el título de Licenciado en Cultura Física

**PLAN DE ACTIVIDADES FÍSICO-
RECREATIVAS PARA LA ETAPA DE
ABSTINENCIA, DE LOS ALCOHÓLICOS
DEL MUNICIPIO DE CRUCES**

AUTOR: JORGE FÉLIX REYES RODRÍGUEZ

TUTOR: M.Sc MARÍA TERESA MONTALVO STABLE

Cruces



Hago constar que el presente trabajo fue realizado en la Universidad de Cienfuegos como parte de la culminación de los trabajos en la especialidad Cultura Física; autorizado a que el mismo sea utilizado por la institución para los fines que estime convenientes, tanto de forma parcial como total y que además no podrá ser presentado en evento ni publicado, sin la aprobación de la Universidad.

Firma del Autor

Firma del Autor

Los abajo firmantes certificamos que el trabajo ha sido revisado según acuerdo de la dirección de nuestro centro y el mismo cumple los requisitos que debe tener un trabajo de esta envergadura, referido a la temática señalada.

Computación

Nombres y Apellidos. Firma

Información Científico – técnica

Nombres y Apellidos. Firma

Sistema de Doc. de Proyectos.

Nombres y Apellidos. Firma

Firma del Tutor.

Nombres y Apellidos. Firma

"Pensamiento:"



“...El Deporte es salud y los Profesores de Educación Física y Deportes serán salvadores de vidas igual que los Médicos...”

Fidel Castro Ruz.

DEDICADORIA:

Especialmente a mi hijo Diego y a mi esposa Liset, por su apoyo y ayuda incondicional, a mí querida madre, padre, familia y amigos. A todas aquellas personas que de una forma u otra han sido ejemplo, inspiración y guía para la realización de este trabajo. Muchas gracias a todos los que hicieron posible mis sueños.

AGRADECIMIENTO:

A todos los que de una forma desinteresada nos han apoyado en el desarrollo del Proyecto Investigativo, a mi Tutora M.Sc María Teresa Montalvo Stable, por su ayuda incondicional y valiosa, así como aquellos que nos transmitieron sus experiencias y orientaciones que contribuyeron en mi formación profesional.

A la Revolución, Fidel y Raúl.

INDICE

No.		Pág.
	INTRODUCCIÓN	1
1	CAPÍTULO 1. ALCOHOLISMO Y SU TRATAMIENTO.	7
1.1	Aproximación histórica al alcoholismo y su tratamiento.	7
1.2	El alcoholismo un problema de salud: vías patogenéticas de esta toxicomanía.	12
1.3	Principales consecuencias derivadas del alcoholismo.	17
1.4	Efectos del alcohol sobre la salud. Factores que explican	19
1.5	Proceso de rehabilitación de pacientes alcohólicos. Implicaciones desde la Cultura Física.	23
2	CAPÍTULO 2. MUESTRA Y METODOLOGÍA	30
2.1	Caracterización del escenario de la investigación.	30
2.2	Población y muestra	30
2.3	Metodología empleada.	30
2.4	Resultado del Diagnóstico.	32
3	CAPÍTULO 3: PLAN DE ACTIVIDADES FISICO-RECREATIVAS PARA LOS PACIENTES ALCOHOLICOS EN LA ETAPA DE ABSTINENCIA.	36
3.1	Fundamentación teórica del plan.	36
3.2	Concepción general del plan.	38
3.3	Plan de actividades físico-recreativas	39
	CONCLUSIONES	49
	RECOMENDACIONES	50
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

RESUMEN

La investigación científica titulada Plan de actividades físico- recreativas para la etapa de abstinencia de los alcohólicos, desarrollada en el municipio Cruces, tuvo como objetivo contribuir a la rehabilitación de esta población.

En la misma se aborda la temática de la toxicomanía enfocada hacia el hombre, en particular el hábito tóxico de consumo de alcohol con sus manifestaciones psico-sociales y anatomofisiológicas desfavorables.

Se utilizan diferentes métodos de la investigación científica, tales como: teóricos (análisis y síntesis, inducción y deducción, histórico-lógico) empíricos (entrevista y criterio de especialistas), procedimientos estadísticos para realizar el estudio de una muestra integrada por 15 sujetos, de ellos 14 hombres y 1 mujer, comprendidos en las edades de 30 a 45 años.

El empleo de dichos instrumentos permitió constatar el estado inicial de la muestra y su tratamiento desde la Cultura Física Comunitaria y a partir de este estudio desarrollar diferentes acciones para contribuir a la rehabilitación de los alcohólicos en la etapa de abstinencia, a partir del diseño de un plan de actividades físico-recreativas en el contexto comunitario de referencia. A través de la puesta en práctica del experimento se comprobó la incidencia de las actividades en el cambio de conducta de la población investigada y el positivo impacto del programa en el comportamiento social de los alcohólicos.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que los especialistas reconocen al alcohol como la droga modelo portera más trascendental de todas por su alta repercusión social y global, su uso indebido es generalmente subestimado por la comunidad internacional, que solo toma en cuenta su potencialidad adictógena, y olvida las tragedias asociadas a las conductas bajo su influencia en personas que no son alcohólicos ni tampoco bebedores sociales.

En América, muere un alcohólico cada dos minutos y muchos más mueren espiritualmente cada día ante sus seres queridos como consecuencia de las conductas antisociales que se derivan del consumo étílico embriagante sin que en la mayoría de los países se pongan en práctica o se apliquen las medidas educativas y administrativas básicas.

Es así como, la prevención de manifestaciones no acorde a las normas sociales y la reinserción a la sociedad de personas que en algún momento de su vida han presentado o presentan un desajuste social, son acciones permanentes de nuestra sociedad.

En nuestra región, por sus condiciones, existen factores que propician un mayor riesgo para enfermar; el uso indebido de alcohol por su catastrófica potencialidad como determinante de violencia familiar y comunitaria, puede considerarse entre los tres grandes enemigos del bienestar bio-psico-social y espiritual, seguido de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, y qué decir de su trágica repercusión humana.

A muy grandes rasgos podemos plantear que si excluimos las culturas islámica e hindú, el 70% de la población del mundo consume alcohol en alguna cantidad y de ellos, cerca de un 10% se convertirán en alcohólicos en el curso de sus vidas. Las probabilidades de que un niño nacido en un país desarrollado se pueda convertir en alcohólico, alcanzan en la actualidad la espeluznante cifra de uno por cada siete, y el

consumo global de alcohol en algunos países como Holanda ha crecido en las últimas tres décadas hasta en un 80%.

Entre las consecuencias directas que provoca la ingestión de bebidas alcohólicas de forma continua e imprudente en las personas se encuentran la pérdida del afecto y la estimación de sus familiares, laceración de las relaciones interpersonales y la pérdida de los valores más elementales en el individuo, en detrimento de la calidad de vida, la felicidad y armonía.

Una de las interrogantes que más suscita la preocupación de las personas es, el por qué algunos pueden beber alcohol sin problemas, mientras que otros, son totalmente incapaces de controlar sus hábitos de beber. Investigaciones realizadas han demostrado que para muchas personas la vulnerabilidad al alcoholismo es heredada (Goodwin; Cloninger y Reich; Cotton y Latham). Sin embargo, es importante reconocer que los factores en el ambiente de la persona, tales como: las influencias de los compañeros y la disponibilidad de alcohol, influyen significativamente (Morse; Wiseman).

Ambos factores, los heredados y los del ambiente, son llamados "factores de riesgo." A pesar de estos factores, el riesgo no determina el destino. El hecho de que el alcoholismo tiende a ser común en algunas familias, no significa que el hijo o la hija de un padre o una madre alcohólica automáticamente desarrollarán alcoholismo. Para la mayoría de las personas, el alcohol es un acompañamiento placentero para las actividades sociales. El uso moderado del alcohol hasta dos tragos por día para los hombres y hasta un trago por día para las mujeres y personas mayores no es dañino.

Sin embargo, un gran número de personas tienen problemas serios con sus hábitos de consumo de alcohol. En estos momentos, cerca de 14 millones de americanos, 1 de cada 13 adultos, abusan del uso del alcohol o son alcohólicos. Además, varios millones de adultos tienen patrones o hábitos de consumir bebidas alcohólicas que los pueden conducir a problemas de alcohol. Aproximadamente el 53% de los hombres y mujeres en los Estados Unidos, reportan que uno o más de sus familiares tienen problemas de alcohol.

Las consecuencias del abuso del alcohol son serias en muchos casos de amenaza o peligro a la vida. Las personas que beben mucho alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer; especialmente del hígado, el esófago, la garganta, y la laringe (caja de la voz). El abuso del alcohol también puede causar cirrosis hepática, problemas en el sistema de inmunidad, daño cerebral, y hasta puede dañar el feto durante el embarazo. El beber alcohol aumenta los riesgos de muertes por accidentes automovilísticos, accidentes durante actividades recreativas, accidentes en el trabajo, y la probabilidad de que ocurran homicidios y suicidios.

A través del contenido plasmado en esta investigación, se aborda un tema muy importante, el hábito de ingerir bebidas alcohólicas que es un problema mundial; sin embargo, para muchos es una forma de entretenimiento, actividades recreativas y como escape al estrés y en muchos casos un estado de vida, una necesidad o costumbre.

El alcoholismo transforma la conducta del individuo, perdiendo el respeto y la consideración de los familiares y vecinos. Destruye al hombre y a la familia, provoca disfunciones psíquicas, en particular estados depresivos que pueden desencadenar incluso el intento de suicidio o agresiones contra la vida de los demás.

Se manifiesta además en conductas antisociales, como abandono de la actividad laboral o de estudio, impuntualidades y su poca responsabilidad ante la disciplina, es decir, que se produce de manera general un deterioro en la calidad de vida del consumidor de alcohol.

Estudios científicos de gran rigor efectuados en la última década, han llamado la atención sobre el enorme significado de programar el tiempo libre de los toxicómanos una vez iniciada la abstinencia, hasta el punto de considerar este como uno de los aspectos más importantes, teniendo en cuenta el estilo de vida, la rehabilitación y la prevención.

En efecto el espacio vital disponible cuando se suprime el tóxico debe ser cubierto, o se correrá el riesgo de favorecer las recaídas. La tarea sin embargo, enfrenta varios obstáculos, entre los que destacaremos: la anhedonia, que limita seriamente, aunque en forma transitoria, el reforzamiento que las respuestas placenteras bebían determinar en las nuevas actividades; que hay que tener presente el hecho de que la

mayoría de las relaciones sanas fueron rotas por la toxicomanía; y también, resistencia habitual de los adultos para modificar un estilo de vida que fue arraigado a través de los años.

Es necesario, por lo tanto, buscar una fuente de energía para lograr ese extra en alguien afectado por el síndrome amotivacional, y la llave maestra para esa búsqueda está en la persuasión.

Llegó el momento en que el toxicómano debe resarcir los daños ocasionados en la etapa de consumo. Hay que saldar la deuda con la esposa maltratada, los hijos que en algún grado fueron abandonados, los sufridos padres, los vecinos ofendidos, los jefes disgustados y, por supuesto, con el sistema nervioso del adicto y el resto del propio organismo que fueron tan dañados. Por otra parte, se deben buscar y desarrollar actividades diferentes a las vinculadas con el consumo de tóxicos y programar la frecuencia semanal de cada una como si fuese un plan de trabajo.

La idea esencial que anima esta investigación es, que la Cultura Física en general, como uno de los mayores logros obtenidos como proceso de rehabilitación de fármaco- dependientes, puede resultar también una de las acciones más vitales, que a juicio de la autora, se deben llevar a cabo en un proceso de rehabilitación, pues la misma utiliza medios terapéuticos para la recuperación de enfermedades y dentro de estos, los ejercicios físicos como los principales estimuladores de las funciones vitales del organismo que influyen en el grado de reacción de todo el cuerpo, la misma, constituye un proceso terapéutico pedagógico que contribuye al correcto desarrollo del sistema nervioso, conlleva a efectos psíquicos favorables, conduciendo a un estado físico satisfactorio que incrementa la capacidad de trabajo.

La Cultura Física en general educa de manera integral, cuerpo y mente a la vez; ofrece grandes cambios de la conducta, la recuperación de aquellas capacidades y condiciones físicas y psíquicas que se han perdido, mejora la capacidad aeróbica, la coordinación general, orientación en tiempo y espacio, permite controlar impulsos nerviosos, corrige la postura, la marcha, así como mejora la relación social por medio de la comunicación y el colectivismo.

La práctica de deportes y actividades físicas es una acción recomendada para integrar este programa.

La práctica de deportes ayuda mucho en el proceso de desintoxicación del paciente, y cuando se realiza en compañía de la familia propicia la integración perdida durante la etapa de esclavitud a la droga.

La aspiración de dar más años a la vida y más vida a los años, expresada en sus formas más pintorescas a través de la historia por la búsqueda de la fuente de la juventud y los afrodisíacos, respectivamente, solo puede lograrse mediante la inclusión de la actividad física y la exclusión de los tóxicos en el estilo de vida.

Este es el requisito para que cristalice el principio “mente sana en cuerpo sano”, donde desempeña un rol importante la denominada “alegría” o “felicidad muscular”. Esta fuente de bienestar y pleno disfrute sano de la vida, depende de las sustancias que producen los músculos cuando están en actividad, ya que son los más potentes y naturales estimulantes de los centros cerebrales del placer.

De ahí, la gran importancia de la actividad física, mediante la cual podemos sustituir el efecto dañino del tóxico por el efecto natural y sano del que dispone nuestro organismo para incrementar el disfrute de la vida.

A todos los niveles se han realizado numerosas investigaciones sobre el tema, podemos mencionar:

- Intervención educativa para disminuir riesgos y problemas relacionados con el alcohol en población femenina de ciego de Ávila, 2008.
- intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes Guantanameros, 2010.
- Plan de superación sobre temas de hábitos tóxicos para los profesores de Cultura Física del municipio de cruces. Yamileisi Consuegra, 2011.
- Plan de actividades para fortalecer el valor responsabilidad en los pacientes alcohólicos del consejo popular La Teresa, del municipio de cruces. Idalvis Benítez, 2012.

En el contexto comunitario objeto de la investigación, se constató a través de entrevistas realizadas al personal de Salud las siguientes limitaciones con relación al tema de la investigación:

- No existe un programa de Salud Mental establecido donde se incluya actividades físico-recreativas para la rehabilitación de pacientes toxicómanos.

A partir de esta situación se definió el siguiente **problema científico**:

¿Cómo contribuir a la rehabilitación de los pacientes alcohólicos en la etapa de abstinencia, en el municipio de Cruces?

Lo que determina que la investigación se centre en el siguiente **objeto de estudio**:
Proceso de rehabilitación de personas alcohólicas en el municipio.

Campo de acción:

Etapas de abstinencia.

Objetivo de investigación:

Diseñar un plan de actividades físico-recreativas que contribuya a la rehabilitación de los pacientes alcohólicos en la etapa de abstinencia, en el municipio Cruces.

TAREAS CIENTÍFICAS.

1. Diagnóstico de la situación inicial de las personas alcohólicas en el municipio de Cruces.
- 2- Diseño de la propuesta del plan de actividades físico-recreativas para cubrir la etapa de abstinencia.
3. Validación teórica de la propuesta del plan de actividades físico-recreativas por el Criterio de especialistas.

El **aporte práctico** lo constituye, el diseño del plan de actividades físico–recreativas para un grupo de personas diagnosticadas alcohólicas en el municipio, tomado como escenario de la investigación, como un elemento que favorezca de forma novedosa y científica el trabajo del profesor de Cultura Física en función del tiempo libre de estas personas en la etapa de abstinencia.

En tanto, la **novedad científica** se expresa en que a diferencia de las prácticas clínicas el plan que se propone, se implementa directamente en el entorno comunitario, con la participación de la familia y pobladores de la comunidad.

CAPÍTULO 1. ALCOHOLISMO Y SU TRATAMIENTO.

1.1 Aproximación histórica al alcoholismo y su tratamiento.

¿QUE SON LOS HABITOS TOXICOS?

Llamamos hábitos tóxicos al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona. En los casos que nos ocupan (café, tabaco y alcohol), *los tóxicos* son sustancias naturales y no médicas, aunque sí legales, que cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y determinan, además, tolerancia y dependencia, así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar la salud en sus aspectos físico, mental y social.

Producen algún efecto sobre el sistema nervioso. Este efecto puede ser estimulante, depresor o distorsionante de la realidad.

Determinan tolerancia. Esto implica que según pasa el tiempo se incrementa la cantidad del producto necesario para obtener iguales resultados que los iniciales.

Determinan dependencia. Se refiere al grado de esclavitud que ocasionan tanto desde el punto de vista psíquico como desde el referente al organismo.

Pueden afectar la salud en sus aspectos físicos, mental y social. El efecto físico se ejemplificaría por la bronquitis del fumador, el psíquico por el desasosiego del consumidor excesivo de café y el social por los problemas económicos que se derivan del consumo abusivo de bebidas alcohólicas.

En la **Clasificación Internacional de Enfermedades** aparecen 3 términos no totalmente identificables por la población; ellos son: *cafeinismo, tabaquismo y alcoholismo*.

Los 2 primeros generan sorpresa, pues pocas personas saben que el cafeinismo y el tabaquismo son enfermedades, y el tercero muchas veces es valorado erróneamente por considerarse que dicha afección se refiere sólo a las complicaciones del consumo abusivo de bebidas alcohólicas como pudiera ser la cirrosis hepática. Es bueno aclarar que, afortunadamente, no todos los consumidores de café, tabaco o alcohol llegan a la categoría de enfermos, ya que para ello es necesario que se cumplan determinados requisitos.

¿QUE REQUISITOS SE EXIGEN PARA CONSIDERAR A UNA PERSONA ENFERMA?

1. Que se sobrepase la norma de consumo habitual en un medio determinado. Es decir, que exista realmente un abuso del tóxico y que este abuso no sea transitorio, sino un patrón de comportamiento estable.
2. Que se hayan producido los daños anteriormente señalados, ya sea en lo referente al organismo como en los aspectos psíquicos y sociales.
3. Que exista un nivel de esclavitud ante el tóxico que determine que el sujeto, a pesar de reconocer el efecto dañino por experiencia propia, no sea capaz de detener el consumo.

¿QUE ES EL CONSUMO DE RIESGO?

Cuando se cumple solamente el primer requisito, se dice que la persona presenta *un consumo de riesgo* (por el peligro de enfermar).

¿QUE ES EL CONSUMO DAÑINO?

Cuando se cumplen los requisitos primero y segundo se denomina *consumo dañino*.

¿QUE ES LA DEPENDENCIA?

Si están presentes los 3 requisitos se habla de *dependencia*, y es en estas 2 últimas modalidades (consumo dañino y dependencia) cuando realmente se trata de una

enfermedad, mientras que el consumo de riesgo constituye una etapa de tránsito hacia la afección.

La palabra alcohol, derivada del vocablo árabe alkune, significa esencia y su uso como bebida comenzó siendo parte de ritos religiosos en comunidades primitivas, ya que luego de su ingestión sentían que podían acercarse y hablar con los dioses. En el año 800 a.n.e se descubrió el proceso de destilación del alcohol y ya 400 años después Hipócrates describió “la locura alcohólica”. Desde entonces se usa y abusa del alcohol, tanto es así que a pesar de sus efectos tóxicos en el organismo es considerada una droga lícita, quiere decir, un hábito permisible. La naturaleza familiar del alcoholismo es conocida desde la antigüedad. Así, Plutarco, en su “Vidas Paralelas” ya demuestra que la tendencia hacia la bebida que encontramos en los hijos se asemeja a la de los padres.

La primera referencia documental de la preocupación médica por el alcoholismo apareció en un texto mesopotámico donde se inscribe una receta con 11 hierbas medicinales para el tratamiento al alcoholismo, lo que expresa desde entonces el interés por la atención específica de la que resulta hoy la más trascendente toxicomanía a nivel mundial.

En la actualidad el alcoholismo es considerado como un fenómeno universal que constituye uno de los primeros problemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo y está catalogado como el tercer problema sanitario de gravedad, precedido solamente por las enfermedades neoplásicas y los procesos cardiovasculares.

Algunos de los clásicos de la sociología han abordado la enfermedad en un grado menor o mayor dentro de sus postulados, tal es el caso de Talcott Parsons, Anthony Giddens, F. Engels, que analizaron los problemas sociales y su repercusión en las sociedades que les tocó vivir.

De estas concepciones se deriva la existencia tolerada por la sociedad del alcoholismo. Salvo algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencias religiosas, alrededor del 70% de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5% son dependientes y, de ellos, el 10% se

convertirán en bebedores problemas en algún momento de su vida. González, Menéndez, (1987).

Existieron nuevas concepciones que tuvieron una función catalizadora en el interés científico por encontrar una vía unificadora en el complejo espectro clínico de la que constituye, sin dudas, la más relevante toxicomanía de nuestros tiempos, considerada en muchas latitudes como uno de los problemas médico-sociales más significativos. No obstante a pesar de la intensión de unificar criterios, comenzaron a diseminarse en la ciencia toda una diversidad de concepciones que relacionaban el alcoholismo con diferentes factores desencadenantes entre las cuales se consideran como las más importantes las siguientes:

- **La de los factores constitucionales:** que en una de sus tendencias principales valoraba la herencia directa como factor de primer orden en el alcoholismo, planteando que por esa vía el sujeto nacía ya con un impulso específico para beber o con deficiencias metabólicas que se reflejarían en la necesidad de ingerir alcohol para resolverlas (Goodwin; Schuckit; Cotton; Cloninger y Reich; Latham) Dentro de esta corriente se encuentran también los criterios relacionados con la vulnerabilidad, que indica cierta predisposición evidenciable antes de la enfermedad, durante ella, después de su incidencia individual, según esta tendencia se heredaría no el alcoholismo sino las condiciones premórbidas necesarias a las que se suman otras influencias biopsicosociales (Gorenstein; Begleiter; Tarter; Torenstein).
- **La de los factores psicológicos:** entre ellas se encuentran la corriente cognitivo-conductual, que destaca el significado de un guión o programa de comportamiento establecido desde la infancia (Berne y Steiner) las concepciones psicoanalíticas, las mismas valoraban el alcoholismo relacionado con la fijación anal u oral, la angustia de castración, la hostilidad reprimida ante el padre y desplazada hacia la sociedad y con los instintos homosexuales latentes, las concepciones fenomenológico-existenciales, relacionan el alcoholismo con factores evasivos, los sentimientos de soledad y desesperanza como condición central que lleva al sujeto a buscar en el efecto del tóxico la solución a su

situación y por último se señalan dentro de esta corriente la tendencia que centra su atención en la significación del aprendizaje y la experimentación, señalan como causas del alcoholismo el aprendizaje por imitación y las experiencias de relajación y euforia que provoca la ingestión del tóxico. Alonso. F, (1979).

- **La de los factores dependientes del medio:** esta tendencia surgida en la década de los 80 (Pittman, Snyder, Wiseman, Sandahl, Lindberg) estableció como factores asociados al surgimiento del alcoholismo factores macrosociales relacionados con situaciones familiares, escolares, laborales y recreativos, nivel de tensiones y estrés, así como la propaganda de los medios de difusión masiva, aspectos económicos, ocupacionales y factores climatológicos.
- **La de los factores relacionados con la enfermedad no tratada:** en este caso el factor desencadenante se refiere al círculo vicioso que se crea cuando el alcohólico en su repercusión familiar y social genera otros alcohólicos, hecho frecuente con sus hijos y también con otras personas a quienes el toxicómano sirve de iniciador. , (Mella. C., 1985).

Las tendencias hasta aquí tratadas están relacionadas con los llamados factores de la etiopatogenia del alcoholismo, a juicio de la autora, la principal limitación de estos puntos de vista se encuentra precisamente en su unilateralidad, es decir, en la absolutización de un determinado factor como elemento desencadenante de la enfermedad, en vez de analizar la misma como un fenómeno multifactorial que en su origen puede tener asociado factores de diferente esencia: socioculturales, psicológicos y de diversa índole.

Si históricamente fue difícil aceptar, primero, que el alcoholismo es una enfermedad y luego establecer un consenso en relación a su origen, difícil también resultó superar la diversidad de criterios en cuanto a la conceptualización del término. En particular las divergencias de los científicos se centraron, por una parte, en concebir el alcoholismo como una enfermedad en la que existe puramente una dependencia física y por otra como una enfermedad que determina también daños biológicos, psicológicos y sociales, la primera tendencia por su alcance restringido llevó durante mucho tiempo a que muchos países reportaran cifras irrisorias de alcoholismo en sus poblaciones.

A juicio de la investigadora las definiciones anteriores lograron superar las concepciones restringidas que limitaban la comprensión del fenómeno a partir de criterios excluyentes de diferentes consecuencias de este fenómeno tan complejo. Otra de las aristas en la que también se registran diversos enfoques ha sido el abordaje acerca de las diferentes maneras o procedimientos que desde las ciencias médicas y psicológicas se han utilizado históricamente en el tratamiento al alcoholismo. Uno de los principales recursos utilizados han sido los llamados “recursos biológicos” entre los cuales se han manejado cuatro grupos de ellos:

- Los orientados a controlar los síntomas asociados y mejorar el estado general del paciente.
- A superar las manifestaciones de abstinencia.
- Determinar las respuestas aversivas.
- Los orientados a reducir la ingestión etílica.

Estos recursos están asociados fundamentalmente al suministro de fármacos, (neurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos, vitaminas, tiapride, propanolol, carbamacepina, sulfato de magnesio, medicamentos interdictores o disuasivos como el metronidazol, fármacos atenuadores del deseo de beber (Glatt; Peachey; Agrew; Liskow y otros). A consideración de la autora, el suministro de fármacos se hace realmente necesario en determinados momentos del proceso terapéutico, pero su suministro requiere de tener en cuenta las contraindicaciones y reacciones adversas que pueden provocar algunos de ellos, así como evitar el riesgo adictivo, pues en este último caso sería sustituir una adicción por otra.

Otra de las tendencias en el tratamiento al alcoholismo es la relacionada con los llamados “recursos sociales” a partir de las cuales se han obtenido logros importantes, en este grupo de recursos se encuentran: la terapia ocupacional, y las redes de gestión y apoyo familiar y laboral, así como las redes de apoyo integradas por alcohólicos rehabilitados o sus familiares.

1.2 El alcoholismo un problema de salud: modalidades clínicas y vías patogenéticas de esta toxicomanía.

En la Asamblea General de la OMS, efectuada en Ginebra, Suiza, en mayo de 2005, se hizo evidente que el tabaco y el alcohol eran las dos drogas de mayor significación mundial en lo referente a la Carga Global de Enfermedades (CGE) que determinaban, y se difundió a nivel planetario el significado de un nuevo indicador de salud, bajo las siglas AVAD (Años de Vida Ajustados a Discapacidad), que expresa la magnitud del daño biológico, psicológico, social, cultural y espiritual determinado - cada 12 meses- por dichas sustancias tóxicas. Su importancia radica en que expresa a nivel mundial el número de años perdidos como consecuencia de discapacidades físicas o mentales determinadas por dichas drogas.

Es justamente el AVAD quien ha permitido valorar con mayor nivel de detalle la repercusión médica, social y económica determinada por los diferentes tipos de drogas, con independencia de su carácter legal o ilegal, y su avance como indicador de salud está precisamente en que posibilita la suma del tiempo vinculado a las discapacidades y conforma la CGE cuando se le suman los años de vida perdidos por muertes precoces de los consumidores.

Fue también en la propia Asamblea General de la OMS donde se elaboró la Resolución/ 58.26, que ratifica una realidad epidemiológica constatada por décadas en la práctica de los especialistas en adicciones, y es que la repercusión médica, social y ético- humanística del uso inadecuado de alcohol en sujetos no alcohólicos, es mayor que la determinada por los propios pacientes alcohólicos.

La explicación del fenómeno se comprende si en lugar de valorar los riesgos adictógenos de las drogas en general, y del alcohol en particular, se piensa en la consecuencia del bloqueo funcional prefrontal implícito en la embriaguez, que "decapita" temporal o permanentemente los centros corticales vinculados a los valores de mayor jerarquía. De lo que se trata es de que por cada alcohólico existen aproximadamente 15 consumidores sociales de dicho tóxico, y si los patrones de consumo se hacen inadecuados por la vía del consumo inoportuno, irresponsable o

embriagante, sus consecuencias son probabilísticamente muy superiores a las determinadas por los enfermos alcohólicos, tanto en su forma clínica de abuso de alcohol como en la dependencia, y algo similar ocurre a nivel mundial con el resto de las drogas que afectan el comportamiento humano.

El alcohol constituye "...una sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales..." (González Menéndez, 2007). Si se valora en detalle esta definición, se puede establecer que las drogas pueden ser naturales como el tabaco, sintéticas como las anfetaminas, médicas como los tranquilizantes, no médicas como la cocaína, legales como el alcohol o ilegales como la marihuana, su efecto psicoactivo modifica las funciones psíquicas, ya sea deprimiéndolas como hace la morfina, excitándolas como hace la cafeína o distorsionándolas como ocurre con la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), cuyo consumo excesivo (por encima de los patrones culturales de normalidad) y prolongado (por el tiempo necesario para que se produzca su efecto nocivo), determinan tolerancia (la que hace necesario el aumento progresivo de dosis) y dependencia (necesidad del producto para evitar la abstinencia) y que producen diversas afectaciones biológicas como la bronquitis del fumador; psicológicas como la depresión culpable del alcohólico; sociales como las reiteradas pérdidas de empleo del cocainómano y espirituales como la notable reducción de intereses morales, artísticos, filosóficos y culturales.

El comportamiento ante el alcohol, específicamente, abarca las siguientes categorías: los comportamientos "normales" donde se incluye el abstinentes y el consumidor social, y los comportamientos "anormales" entre los que se encuentra el abuso de alcohol o consumo perjudicial y la dependencia alcohólica o síndrome de dependencia alcohólica, según la nomenclatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su decima revisión (CIE-10) y el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) respectivamente.

Entre los criterios más difundidos a utilizar para identificar la modalidad de comportamiento ante el alcohol (González Menéndez, 2007) se encuentran los siguientes:

- **Criterio temporal:** su esencia es que para delimitar una modalidad de comportamiento se tomará en cuenta que dicha conducta forma parte del estilo de vida del sujeto y que no se trata de algo coyuntural (que podría determinar por breve tiempo un comportamiento que sería falsamente clasificado de no tomarse en cuenta su eventualidad).
- **Criterio de cantidad y frecuencia:** cuyos límites superiores se abordarán más adelante.
- **Criterio de nocividad o perjuicio:** que se cumple cuando aparece algún daño evidente bio-mico-socio-espiritual.
- **Criterio de pérdida de libertad o esclavitud:** se cumple cuando el sujeto o bien no puede controlarse cuando comienza el consumo, o es incapaz de mantenerse dos días sin beber, o necesita el tóxico para poder desarrollar sus actividades cotidianas.
- **Criterio de etiquetado:** con sus dos variantes: autoetiquetado, de enorme valor (ya que cuando un toxicómano reconoce su condición pese a sus defensas, seguro esta en lo cierto) y el aloetiquetado que es la apreciación de otras personas, ya sean familiares, amigos o vecinos que hacen su valoración sobre la conducta de la persona en cuestión.

Por otra parte, en la adquisición de una conducta adictiva resalta una múltiple concurrencia de factores individuales, sociales y culturales. Nunca se llega al abuso o la dependencia por la influencia de un solo factor. Para que una persona incurra en una conducta adictiva deben coincidir simultáneamente grupos de factores entre los que destacan tres esencialmente:

- Factores de carácter individual que establecen ciertas predisposiciones determinantes de la dependencia.

Entre los factores individuales se encuentran la depresión, baja autoestima, falta de madurez, vulnerabilidad, dificultad para dar y recibir afecto, oscilaciones en el estado de ánimo, dificultad para establecer vínculos con otros, bajo nivel de tolerancia a la frustración, intolerancia al dolor y tensiones, inseguridad, ausencia de proyectos, conductas compulsivas y dificultad para planificar y ocupar el tiempo libre.

- Factores vinculados al contexto: familia, sociedad.
- Factores vinculados a las sustancias, objetos y a los actos.

- Según González Menéndez, (1987) "...la atención específica al alcoholismo muchas veces se dificulta por la diversidad de manifestaciones (espectro de categorías relacionadas con el consumo de alcohol) que hace que muchos autores propongan hablar incluso de alcoholismos en plural y no de una enfermedad en específico.

Estos criterios de clasificación se diferencian, en que toman como base diferentes indicadores, que pueden ser la frecuencia en el consumo y la cantidad en el consumo. La autora asume un criterio de clasificación que a su juicio constituye uno de los más acabados de los consultados, el ofrecido por González Menéndez (1987) y el cual engloba indicadores epidemiológicos, patogenéticas, nosográficos y evolutivos y que se mueve entre dos polos opuestos: el sujeto totalmente abstinentes y el alcohólico complicado en fase terminal o final, es decir entre la normalidad y la enfermedad, a partir de las cuales se establece el siguiente espectro de categorías:

NORMALIDAD	Abstinencia total
	Bebedor excepcional o discreto
	Bebedor social
ENFERMEDAD	Bebedor abusivo sin dependencia
	Dependiente alcohólico:
	- Sin complicaciones.
	- Complicado.
	- Complicado en fase final.

Cuadro 1. Espectro de categorías según González Menéndez.

A continuación se ofrece una descripción de cada una de estas categorías:

- **Abstinentes total:** sujeto que nunca bebe.
- **Bebedor excepcional o discreto:** sujeto que bebe ocasionalmente en cantidad limitada y en situaciones muy especiales que no pasan de 5 en un año.
- **Bebedor social:** sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales y no cumplen los criterios tóxicos deterministas pues el alcohol no les produce efectos biopsicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este.

- **Bebedor abusivo sin dependencia:** sujeto que supera en cantidad y frecuencia los límites señalados socialmente lo que en breve conlleva al establecimiento de dependencia física.
- **Dependiente alcohólico sin complicaciones:** se establece la dependencia física expresada en la aparición durante la abstinencia de temblores severos, nerviosismo, insomnio, cefalea, sudoración y a veces diarreas y subsaltos musculares.
- **Dependiente alcohólico complicado:** se instalan las complicaciones psíquicas como el “delirium tremens”, la alucinosis alcohólica, delirios celopáticos alcohólicos, aparecen complicaciones somáticas como polineuritis, cirrosis, cardiopatías y gastritis.
- **Dependiente alcohólico en fase final o terminal:** en esta etapa el deterioro físico, psíquico y social es notable y el paciente desencadena el prototipo de alcohólico vagabundo, se produce la reducción de la tolerancia al tóxico y la aparición de cuadros convulsivos, se incluyen además severos cuadros de desnutrición y pueden aparecer de cáncer de localización local digestiva como consecuencia del efecto local irritante y disolvente de cancerígenos que posee el alcohol.

1.3 Principales consecuencias derivadas del alcoholismo.

Sin llegar a una situación tan fatal como el " Delirium tremens ", o complicaciones terminales, el alcoholismo puede producir una serie de enfermedades o problemas de diversa índole (fisiológicos, psicológicos y sociales) es decir, que pueden abarcar las diversas áreas de construcción y desarrollo de la personalidad. A continuación se hace referencia a los principales problemas derivados del alcoholismo en diversas áreas de la personalidad:

- Problemas fisiológicos derivados del alcoholismo.

Daños en el hígado: el hígado es uno de los órganos más afectados por el consumo constante de alcohol, dado que es el encargado de limpiar esta toxina de la sangre. El hígado puede resultar afectado después de muchos años de beber y producirse

una enfermedad alcohólica hepática, cuyos daños pueden variar desde una inflamación hasta una enfermedad mucho más grave llamada cirrosis hepática. Las células del hígado se mueren y, en su lugar son sustituidas por células fibrosas que no ejercen su función pertinente, por lo que se afecta su funcionamiento. La solución obligatoria consiste en abandonar el alcohol y tratar al enfermo para que las células sanas puedan seguir trabajando con normalidad. El alcohol, junto con la hepatitis B, son los principales causantes de producir daños severos al hígado.

Daños en el páncreas: las principales inflamaciones del páncreas, además de los problemas de vesícula y de riñón, pueden ser producidas por el alcoholismo.

Hipertensión: el alcohol aumenta la presión arterial. Un consumo de alcohol continuado puede conllevar a problemas de hipertensión. Muchos médicos consideran que un poco de alcohol ayuda a mejorar la circulación y previene las enfermedades del corazón, pero el alcoholismo perjudica a este órgano y produce lesiones en él.

Problemas digestivos: el alcohol constituye uno de los principales irritantes del aparato digestivo. Al atacar la mucosa digestiva, ya que incentiva la producción de ácidos, puede producir trastornos tan importantes como acidez, vómitos y, a veces, úlceras con sangrado.

Aumento de cánceres digestivos: el alcohol ataca las mucosas digestivas y predispone a una mayor aparición de cánceres en la boca, el esófago, el estómago o el colon.

Problemas sexuales: el alcohol no constituye un buen amigo del sexo. El alcoholismo suele producir problemas de erección en los hombres que no pueden mantener unas relaciones sexuales adecuadas y favorece la pérdida de la menstruación en las mujeres.

Daños en el sistema nervioso: el alcohol produce daños irreparables en el sistema nervioso central y periférico que se manifiestan en forma de temblores, falta de coordinación o problemas de memoria.

Problemas alimentarios: el abuso del alcohol disminuye la absorción de muchas vitaminas y minerales, por lo que el cuerpo se resiente, se debilita y tiene más facilidad de contraer infecciones o enfermedades. Así por ejemplo: es muy habitual

entre los alcohólicos la presencia de bajos niveles de hierro en la sangre (anemia megaloblástica) o una mayor fragilidad ósea u osteoporosis. También suelen presentar bajos niveles de azúcar en la sangre.

Problemas psíquicos provocados por el alcoholismo.

Psíquicamente la persona alcohólica sufre mucho las consecuencias del alcohol. Tiende a convertirse en una persona solitaria a la que no le gusta que le repriman su conducta. Cada vez se aísla más y entra en una fase de depresión permanente. Muchas veces la única solución que ve adecuada es el suicidio. Es desconfiado, muchas veces porque no se acuerda de lo que hizo, lo que le dijeron o hicieron los demás. Puede aparecer demencia, ansiedad y episodios habituales de psicosis con juicios poco racionales sobre la realidad, pensamiento obsesivo con posibilidad de delirios y alucinaciones. Pérdida de la autoestima, así como deterioro general de la esfera moral.

El sistema emocional se comporta de forma caótica (a pequeñas causas, grandes efectos. La causa original se amplifica dentro del funcionamiento del sistema dando como resultado un efecto impredecible) se pasa con facilidad de la alegría o euforia a la tristeza profunda o la ira. El alcohólico puede verse inundado por sentimientos y emociones que no comprende y cuyo origen no conoce, tiende a sobrerreacciones y a sobrevaloración de estímulos.

Problemas sociales del alcoholismo.

El alcoholismo provoca un deterioro y en muchas ocasiones una pérdida total del sistema de interacciones de la persona alcohólica. Es especialmente rechazado por los demás por resultar molesto y descuidado en su aseo e higiene personal y no mostrar un diálogo coherente ni razonable. Muchos alcohólicos acaban delinquiendo e insertándose en el oscuro mundo de otras drogas. En caso de personas más jóvenes deja de atender a sus estudios o acaba siendo expulsado del centro laboral o de estudios.

La persona alcohólica tiene también mala relación con su familia. Abandona las obligaciones de la casa. Suele ser agresivo con los parientes o familiares, además de desconfiado, suele ser muy celoso con su pareja y violento con sus propios hijos de los cuales se desentiende. Muchos de los casos de muertes por violencia de género

tan habituales en la sociedad actual se suelen producir bajo los efectos del alcohol. El alcoholismo constituye uno de los principales motivos de ruptura entre las parejas.

A consideración de la autora, la repercusión médica, social y ético- humanística del uso inadecuado de alcohol, es tal, que se hace urgente reconsiderar la frecuente actitud de tolerancia incondicional ante el problema original que son las llamadas drogas legales, con sus trascendentes efectos nocivos.

1.4 Efectos del alcohol sobre la salud. Factores que explican los efectos negativos sobre la salud.

Varios factores explican la acción tóxica del alcohol; entre ellos están que:

1. *Es absolutamente soluble en agua*, por lo que puede circular libremente por todo el organismo.
2. *Tiene un efecto irritante directo*, que es tanto mayor cuanto más concentrada sea la bebida que afecta los tejidos con que contacta.
3. *Demanda la energía para su neutralización en el organismo*, que deja de ser utilizada en la oxidación y eliminación de las grasas que, por eso, también se acumulan en las arterias y órganos como el hígado.
4. *Consume en su neutralización prácticamente todas las vitaminas disponibles en el organismo*, sobre todo las relacionadas con el complejo B y, por otra parte, los trastornos digestivos que produce disminuyen el aprovechamiento de las vitaminas que se ingieren en la alimentación normal.
5. *Tiene una acción reductora del apetito*, por lo que conduce a la desnutrición.
6. *Actúa como disolvente de las sustancias que predisponen al cáncer (carcinógenas)*, por tanto, determina que éstas circulen por todo el organismo.
7. *Se transforman en acetaldehído*, una sustancia más tóxica que el propio alcohol.
8. *Existen otras sustancias tóxicas acompañantes*, que están presentes en las bebidas que se ofrecen para el consumo y todavía más en el alcohol desnaturalizado, conocido en nuestro medio como alcohol de bodega.

¿Qué es el consumo peligroso de alcohol? Es cuando la cantidad y la frecuencia de la ingestión superan la norma establecida por la sociedad. Aunque dicha norma no está bien precisada, es lo que todos valoramos como *lo que consume alguien que bebe normalmente* y que a nivel internacional se describe como alguien que ingiera no más de 2 veces a la semana una cantidad de alcohol que no supere el equivalente de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino, o 5 medias botellas de cerveza por día de consumo.

También se le llama consumo peligroso a la *embriaguez ligera* (algún grado de euforia, disminución de la crítica fina y cierto grado de incoordinación motora suficiente para hacer peligrosa la conducción de un vehículo) que aparece más de una vez al mes, es decir, más de 12 veces al año. Dicho en forma práctica, la embriaguez ligera es el estado en que termina quien ha jugado una partida de dominó en la que los 4 jugadores se tomaron entre todos una botella de ron (esto, como puede valorarse, es una situación frecuente pese a que años atrás no era costumbre beber mientras se jugaba dominó).

¿Qué es el consumo dañino de alcohol? Es el estado al que se llega por la vía del consumo peligroso, se establece cuando aparece algún daño inicial físico (como gastritis y diarreas) o psíquico (cuadros de depresión o ansiedad) y también cuando se evidencia un daño social reiterado (pérdidas repetidas de trabajo o parejas amorosas como producto de la bebida).

¿Qué es la dependencia alcohólica? Es cuando a los pasos anteriores (consumo dañino) se agrega la esclavitud progresiva ante las bebidas alcohólicas, de manera que éstas poco a poco se van convirtiendo en el interés principal de la persona hasta el punto de que cada vez necesita más el consumo, porque al interrumpirlo manifiesta diferentes tipos de malestares (Vidal G, Alarcón R; 1986).

Lo más importante es desarrollar un estilo de vida donde el alcohol desempeñe una función cada vez menos importante (Rogers R ; 1989) debe quedar bien establecido que una persona para celebrar, divertirse y mostrar amistad, amor u hombría, no

necesita el alcohol, ya que estos son atributos espontáneos en cualquier persona normal.

El ofrecer bebida a un niño "para que sea hombre" es uno de los más frecuentes y dolorosos errores que puedan cometerse en un hogar, y también es un error que bebedores adultos inviten a su consumo a personas jóvenes, con edades inferiores a los 18 años.

Jamás beba en cantidad alguna cuando vaya a conducir un vehículo. Debe recordarse que en las primeras etapas de la embriaguez, el sujeto piensa que sus habilidades son mayores que las reales y esto lo hace más audaz y, por tanto, peligroso, cuando conduce un vehículo. En la mayoría de los países desarrollados, la norma original de permitir una discreta proporción de alcohol en la sangre de los conductores cuando se hacían pruebas de exhalación (respirar en un globo), fue primero reducida y después se prohibió total mente la ingestión de alcohol antes de conducir un vehículo.

Queremos hacer la presentación de un nuevo concepto que deriva de lo que se conoce, en lo relativo al hábito de fumar, como fumador pasivo, y es el bebedor pasivo, que aunque no se pone en relación directa con el tóxico porque no lo ingiere, sufre también y en grado mayor que el propio bebedor irresponsable, las consecuencias del uso inadecuado del alcohol, situación que alcanza ribetes verdaderamente trágicos en los hijos y esposas de pacientes alcohólicos.

En Cuba, desde tiempos remotos existía el hábito de consumir bebidas alcohólicas elaboradas a partir del azúcar de la caña. A pesar de ello, y de que el consumo siempre fue aceptado por la mayoría de la población, la enfermedad alcohólica y los problemas asociados con ella comienzan a incrementarse a partir de los años 70, tendencia que ha continuado aumentando en la última década, aunque en niveles inferiores comparados con reportes de otras latitudes.

Más del 50 % de nuestra población consume bebidas alcohólicas, pero se observan patrones de consumo de alto riesgo y cierta tendencia a una actitud tolerante ante el

uso indebido del alcohol (Barrientos 1991). La problemática del alcohol cobra todavía mayor importancia si se desarrolla en la adolescencia. En Cuba son pocos los datos sobre adolescencia y alcoholismo, sin embargo, en un estudio realizado en el municipio Centro Habana se pudo corroborar que su consumo es anterior a los 15 años, y que la frecuencia de adolescentes con conducta anormal ante el alcohol es mayor que la de los que tenían conductas normales.

En los adolescentes el consumo del alcohol se asocia muchas veces con la autodeterminación, la diversión, el ocio y la modernidad, constituyendo un elemento que da *estatus* en su grupo de pertenencia, lo que hace más difícil su eliminación a pesar de las consecuencias negativas derivadas del consumo excesivo. A su vez, la percepción social con respecto al hábito de beber de los adolescentes se ha centrado especialmente en los llamados daños agudos y no precisamente en los daños a largo plazo, ni en los procesos que conducen a estos, que en definitiva son los más importantes para protegerse de las adicciones. Según hemos identificado mediante nuestras evidencias empíricas y los datos encontrados en las historias clínicas familiares de múltiples consultorios, nuestra área de trabajo no está exenta de este fenómeno.

1.5 Proceso de rehabilitación de pacientes alcohólicos. Implicaciones desde la Cultura Física.

Muchas personas conscientes de su enfermedad y de las consecuencias que atraviesan por la misma se someten a procesos terapéuticos y de rehabilitación, esencialmente en los marcos de programas de salud y de tratamiento a las adicciones, en los que se utilizan principalmente recursos o procedimientos de carácter biológico y psicológico.

Una definición integradora del proceso de rehabilitación y la cual es compartida por la investigadora, es expresada por Suárez, Martínez (2009), este último lo considera como "...un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y habilidades funcionales con ajustes biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su

propia vida, logrando que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades...”

Existe coincidencia en el criterio de diferentes autores en cuanto a las etapas o momentos que requiere el proceso terapéutico- rehabilitatorio del alcoholismo y otras toxicomanías (Feuerlein, J (1980); González, Menéndez (1987); Suárez, Martínez (2009). A grandes rasgos, se puede señalar que estos criterios se resumen en las siguientes etapas:

1. Confrontación y aceptación del tratamiento.
2. Convenio o alianza entre el enfermo y el terapeuta (contrato).
3. Desintoxicación (temprana y tardía)
4. Deshabitación y readaptación.
5. Desarrollo del nuevo estilo de vida.
6. Ayuda mutua.

Fase de confrontación y aceptación del tratamiento: es en realidad una fase premédica, pues se desarrolla en el medio familiar o laboral del paciente por las personas allegadas y consiste en convencerle en que su forma de consumo no es normal y que necesita ayuda especializada.

Convenio o alianza entre el enfermo y el terapeuta (contrato): teniendo en cuenta la enfermedad se realiza una alianza entre el enfermo y el terapeuta. Se establecen las reglas del juego y se obtiene por escrito o verbalmente el compromiso del paciente a participar en forma activa en el tratamiento, haciéndole ver que la esencia de este está en su decisión de alejarse del tóxico. Tiene como base el requisito fundamental para iniciar el tratamiento, el deseo del paciente para salir adelante, dicho en otras palabras, que ya el paciente sienta el alcohol como un enemigo y no como un aliado.

Fase de desintoxicación: en su fase temprana, es aquella durante la cual se vence la dependencia biológica y se superan o mejoran los daños producidos por el tóxico en el organismo, tiene como objetivo eliminar los síntomas de la abstinencia expresivos de la dependencia funcional, en su fase tardía, persigue la eliminación total de la dependencia biológica.

Fase de deshabituación: durante esta fase se utilizan los recursos adecuados para romper la costumbre del consumo alcohólico y es en dicha fase que pueden emplearse los llamados recursos aversivos (reforzadores cardiovasculares, digestivos, somatosensoriales).

Fase de desarrollo del nuevo estilo de vida: durante muchos años, el alcohólico vinculó el etanol con la mayoría de sus actividades hasta que llegó el momento en que su vida giró en torno a las bebidas alcohólicas. Ahora es necesario reactivar sus intereses familiares, laborales, recreativos, culturales, deportivos y sociales en general.

Es preciso establecer un nuevo calendario en el cual el tiempo dedicado al alcohol sea sustituido por actividades más útiles y sanas, deben de abrirse las puertas que progresivamente fueron cerradas en lo social, ahora deben abrirse de nuevo, de manera que según se avance en la recuperación vayan ocurriendo nuevas experiencias de alto significado emocional que actúen como reforzadores positivos de la conducta de abstenerse del alcohol.

Cada nuevo día que pase en abstinencia se experimentará la satisfacción del deber cumplido y cuando finalmente se venza el tóxico, la persona no sólo recuperará sus valores al nivel que existía antes del alcoholismo, sino que agregará una nueva calidad a su personalidad, la de haber sido capaz de vencer a un enemigo poderoso.

Fase de ayuda mutua: expresada por la participación consistente en grupos de rehabilitados como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Toxicómanos Rehabilitados, Grupos Institucionales Antialcohólicos (GIA), o grupos de autoayuda.

Se recomienda en el proceso de tratamiento imbricar diferentes técnicas psicoterapéuticas, entre ellas individuales y colectivas, programarse grupos con técnicas didácticas y otros basados en interacciones terapéuticas colectivas facilitadoras de nuevos vínculos interpersonales que sustituyan los remanentes en el paciente, derivados de la interacción con el terapeuta.

En este sentido, la autora sostiene la idea de que la Cultura Física desde sus diferentes componentes ofrece amplias posibilidades de contribución para el proceso de rehabilitación de los pacientes alcohólicos, de hecho existen investigaciones relacionadas con la utilización del ejercicio físico en estas funciones (Sime; Ragling y

Morgan; Niedman y Pedersen; Weiss; Alonso, R), en ellas se comprobó la respuesta al ejercicio entre pacientes alcohólicos practicantes y no practicantes del deporte, quedando demostradas las mejoras en cuanto a los valores de percepción física y autoestima, el ejercicio de intensidad moderada reducía el número de días de enfermedad, derivado de la reducción de hormonas relacionadas con el estrés y los niveles de ansiedad y depresión.

Dentro de la actividad física los ejercicios físicos son los que se emplean con mayor frecuencia en su función terapéutica y rehabilitadora, lo que se debe a la significación biológica que tiene el trabajo muscular en la vida del hombre. La acción terapéutica y rehabilitadora se manifiesta en forma de cuatro mecanismos básicos (según colectivo de autores ISCF, 2006): de acción tonificante, de acción trófica, de formación de las compensaciones y de normalización de las funciones.

La actividad física tiene muchas ventajas como son: mejora la condición física, desarrolla las capacidades condicionales y coordinativas, estimula el organismo en su totalidad produciendo un gasto energético saludable, favorece la densidad mineral ósea, mejora el nivel aeróbico, cardiovascular, mejora los niveles de coordinación intermuscular, mejorando así la coordinación general y la ubicación en el espacio – tiempo-objeto por lo cual mejora la orientación, mejor adaptación a las alteraciones de la edad, aumenta la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina y reduce el riesgo de arritmias, reduce en la sangre el nivel de adrenalina y aumenta el de endorfinas (sustancia producida por el sistema nervioso central que funciona como tranquilizantes, euforizantes e incluso anestésicos) y por esto protege contra el estrés.

Por otra parte, amplía la capacidad aeróbica, es decir, mejora el aprovechamiento de oxígeno en los pulmones, corazón, arterias, y músculos, así mismo la circulación sanguínea, atribuyendo así a corregir la tensión arterial (HTA); fortalece y tonifica los músculos, mejora el tono y la postura, combate la artrosis, reduce adiposidades, la actividad física en determinada calidad y cantidad, no solo actúa sobre los síntomas de las enfermedades, sino que también ayuda a prevenirlas.

La actividad física puede ayudar a controlar y mejorar la autoestima, reconociendo el cuerpo propio como instrumento de comunicación, la atención corporal y

comprensiva de la expresión, de los síntomas, de los sufrimientos, de los sentimientos, favoreciendo al entendimiento en la búsqueda de unidad, vivencia e identidad, fortalecimiento de las capacidades individuales, nuevas formas de actuar y solucionar problemas y mejora la autorregulación.

Según Popov (1998), los avances fundamentales en el sistema nervioso central y los órganos internos tienen lugar durante la realización de los ejercicios físicos, cuando se intensifica la emisión de impulsos de los propioceptores y demás receptores que participan en el movimiento (visión y oído). La excitación del (SNC) al ejecutar los movimientos estimula de manera refleja las funciones vegetativas y activa las glándulas de secreción interna (particularmente las suprarrenales). La acción tonificante del ejercicio físico se produce al enviar los impulsos al aparato locomotor, la zona motora de la corteza cerebral excita paralelamente los centros del sistema nervioso vegetativo.

Las potencialidades del ejercicio y de la recreación física, es una de las manifestaciones de la Cultura Física, que puede ser explotada por igual en el proceso de rehabilitación, en primer lugar las propias funciones de esta manifestación, entre las cuales se encuentran, según Pérez Sánchez. A (2003), las siguientes:

- Regeneración del gasto de fuerza mediante la recreación activa.
- Optimización de las funciones físicas fundamentales, es decir aumento del nivel de rendimiento físico.
- Perfeccionamiento de las capacidades coordinadoras y de las habilidades físico-motoras, especialmente con el fin de una utilización del tiempo libre, rica en experiencias y que promueva la salud.
- Estabilización o recuperación de la salud.
- Empleo del tiempo libre de forma creativa y rica en experiencias.
- Fomento de las relaciones sociales.
- Ampliación de los niveles de comunicación y del campo de contacto social.
- Contacto social alegre en las experiencias colectivas.
- Reconocimiento social en los grupos y a través de ellos.
- Regulación y orientación de la conducta.

Según Pérez Sánchez, A (2003) las actividades físico-recreativas constituyen acciones de socialización que tienden a crear vínculos entre los participantes, produciéndose un proceso de identificación entre sí y a la vez con el entorno, contribuyendo también al mejor disfrute y conocimiento de la oferta recreativa y en consecuencia aumentando el nivel de satisfacción de las expectativas individuales y la integración social.

Pérez Sánchez también se refiere a las manifestaciones recreativas de rehabilitación o también denominadas por muchas recreaciones terapéuticas, que según la investigadora constituye una dirección de importancia en la cultura física. Cuando se hace referencia a esta manifestación de la recreación física, se tiene en cuenta a los grupos que concretamente reciben estas actividades y que por diversas causas se benefician con las mismas. Así se puede ver como en primer término aparecen las personas que sufren la pérdida de salud por diversas causas y que los convierte en los sujetos que por excelencia utilizan este tipo de recreación.

Aquí se supone que la pérdida de la salud se produce por dos vías:

Primera Vía: Accidentes.

Segunda Vía: Enfermedades diversas.

Los grupos que más utilizan estas formas de la recreación física son los siguientes:

- Con limitaciones físicas.
- Con psicopatologías.

Estos grupos, en dependencia de sus limitaciones y posibilidades, realizan en su tiempo libre las actividades físico-recreativas. Estas actividades, que constituyen especializaciones importantes, no sólo ayudan al restablecimiento biológico de los participantes, sino que también lo hacen cada vez más al restablecimiento del equilibrio psíquico de los mismos, constituyendo una manera eficaz de luchar contra estos males.

La presente investigación tiene en cuenta precisamente las potencialidades rehabilitadoras de la actividad física y la recreación que conducen hacia la utilización de esta actividad como una alternativa de intervención psicológica para lograr una adecuada rehabilitación que necesitan todas aquellas personas o sujetos que en un momento de su vida se han inclinado hacia algunas adicciones, a diferencia de las

prácticas clínicas el programa que se propone se implementa directamente en el entorno comunitario, con la participación de la familia y pobladores de la comunidad. Esta práctica facilita las condiciones y los medios con la finalidad de que los pacientes diagnosticados con problema de alcoholismo adquieran una cultura preventiva-rehabilitadora y de mantenimiento en su proceso salud-enfermedad y mantengan su vida social a pesar de sus limitaciones.

En este caso, estas técnicas son sustituidas por las actividades físicas y recreativas en función de lograr la integración social de los pacientes alcohólicos y a partir del cumplimiento de las siguientes tareas:

- Mejora sistemática y planificada de las capacidades físicas y psíquicas.
- Restructuración de las valoraciones y percepciones bajo cuya influencia el sujeto no puede mantener un ajuste adecuado de su comportamiento.
- Estabilización del comportamiento.
- Optimización y activación de los procesos de recuperación psicológica y física para poder movilizar los recursos personales en el mantenimiento de los cambios alcanzados.
- Preparación para reorganizar los recursos psicológicos y ampliar el abanico de posibilidades mediante el afrontamiento de la nueva situación.
- Integración social de los alcohólicos.

La rehabilitación tiene como meta integrar a los enfermos dentro de la sociedad, con el máximo de prerrogativas e integridad suficiente para que recuperen todas las facultades en la fase de curación, y en el peor de los casos, cuando la enfermedad progresa y la esperanza tiende a perderse, se encuentren protegidos con todo el calor humano para una eficaz paliación, de hecho, la rehabilitación de los enfermos alcohólicos no es sencilla, su objetivo es conseguir la integración al conglomerado social de los pacientes, liberados de todas sus motivaciones psicofísicas, devolverlos con las mismas capacidades es la meta propuesta, labor ardua y de profundo contenido humanista.

A modo de conclusión se puede mencionar el reconocimiento a la importancia de la actividad física para la rehabilitación de las personas enfermas que parte de la teoría de Popov, el enfoque de actividad física y salud para la rehabilitación en sus

tres perspectivas, así como el carácter socializador de la recreación, pueden ser aplicados en el proceso de rehabilitación de pacientes alcohólicos, al permitir cambios físicos y psicológicos que contrarresten los efectos nocivos generados por el excesivo consumo de alcohol.

CAPÍTULO 2. MUESTRA Y METODOLOGÍA.

❖ Tipo de investigación.

Según el material de Estudio: Modalidades y Modelos de la investigación de la Prof. Ibis M. Álvarez Valdivia, la presente investigación se clasifica por su objetivo en un estudio **explicativo**, por el contexto o marco en el que se desarrolla **natural o de campo** y por su alcance temporal **transversal**.

2.1 Caracterización del escenario de la investigación.

La investigación se desarrolló en el municipio Cruces, con una población de 32556 habitantes y con una infraestructura de servicios integrada por: 2 placitas, 2 carnicerías y 1 cupex, 1 punto de TRD, 2 establecimientos gastronómicos.

También en el radio de acción de la comunidad se encuentran 1 Policlínico Comunitario, 2 escuelas primaria “13 de Marzo”, “José de la luz y caballero”, 1 Circulo Infantil, 1 secundaria básica” José de la luz y caballero. El expendio de bebidas alcohólicas en el entorno comunitario, tanto por el estado como de forma clandestina posibilita el incremento de bebedores en la comunidad.

2.2 Población y muestra.

La población está integrada por 1016 personas con hábitos de consumo de alcohol, de esta se seleccionó una muestra de (15), porque son pacientes que se encuentran en la etapa de abstinencia y desean ser parte de la investigación. Integrada por 14 hombres (93,3 %) y 1 mujer (6,6 %), comprendidos entre las edades de 30 a 45 años y portadores de la condición de adictos al alcohol.

2.3 Metodología empleada.

Métodos del nivel teórico.

De manera general estos métodos permitieron en el proceso de investigación la construcción de la fundamentación teórica y científica de la investigación y el enfoque general en el abordaje de la problemática planteada, así como la interpretación de los datos empíricos obtenidos. Entre estos métodos se encuentran:

Histórico y lógico: propició el estudio del desarrollo y evolución de las diferentes concepciones acerca del alcoholismo y su tratamiento, permitiendo revelar importantes particularidades del proceso de desarrollo, así como la correlación entre el desarrollo lógico del pensamiento y la historia real del objeto, facilitó además conocer el estado actual, del tema que se aborda.

Análisis y síntesis: la unidad dialéctica de estas dos formas lógicas del pensamiento estuvo presente en la solución de diferentes tareas cognoscitivas de la investigación, para descubrir las relaciones existentes entre los diferentes fenómenos estudiados, el desmembramiento de estas relaciones o, por el contrario, la unificación de las mismas, según las tareas de la investigación en el plano teórico o empírico.

Inducción y deducción: permitió establecer juicios lógicos, conclusiones y generalizaciones de los datos tanto teóricos como empíricos obtenidos y profundizar en los hechos más particulares de la investigación.

Enfoque sistémico: proporcionó la orientación general en el estudio del alcoholismo como un problema de salud y establecer la relación existente entre las vías patogénicas del mismo y los recursos para su tratamiento.

Métodos del nivel empírico:

Técnicas de la investigación.

Entrevista: Se utilizó en diferentes momentos de la investigación, tanto en el diagnóstico inicial como en el de salida, con el objetivo de establecer las consideraciones de la población alcohólica en relación con la actividad física y recreativa, así como sus preferencias por la realización de las mismas.

Validación de las Actividades por Especialistas

Después de elaborado el Plan de Actividades físico-recreativas fue necesario someterlo a la valoración por 9 especialistas en el tema, para su selección se tomaron en cuenta profesores con más de 10 años experiencia en el tema tratado, currículum vitae, las investigaciones que se han realizado sobre el tema, dentro de ellos 3 Médicos y 1 Master.

Los criterios emitidos por los especialistas fueron:

- Existió un consenso del 100% de los especialistas de que el Plan de Actividades físico- recreativas propuesto está bien concebido y ayuda a resolver el problema diagnosticado.
- Opinan que la propuesta se ajusta a las concepciones pedagógicas y científico-técnicas actuales.
- Consideran que la Propuesta de un plan de actividades físico-recreativas, contribuye a solucionar el problema tratado, ya que las actividades motivan y satisfacen las expectativas de estos pacientes
- El 100% de los especialistas coinciden en que se debe realizar con la dirección de Salud las coordinaciones para su puesta en marcha.
- El 100% de los especialistas coinciden en que debe extenderse el plan a otros municipios.

Método Estadístico

Análisis porcentual

2.4 Resultados del Diagnóstico.

En el documento: Orientaciones Metodológicas aparecen las indicaciones para el proyecto “Actividad física profiláctica y terapéutica en la comunidad” y los servicios profilácticos y terapéuticos que aparecen reflejados son:

- Actividad física para el adulto mayor.
- Bailoterapia.
- Gimnasia laboral.
- Actividad física para el niño y la niña.
- Preparación psicofísica para la embarazada.
- Preparación física.
- Enfermedades Crónicas no transmisibles. (ECNT)
- Actividad física para el tratamiento de poblaciones con necesidades especiales.

Como se puede apreciar en los servicios de los proyectos establecidos se incluye la atención a las personas con adicción sin embargo no se reflejan los objetivos

específicos, indicadores ni las orientaciones para el trabajo con estas personas que tienen necesidades especiales.

Por otra parte en la consulta realizada con el personal de salud que labora en el Municipio de Cruces, se constató que no existe un programa de Salud Mental establecido donde se incluya actividades físico-recreativas para la rehabilitación de pacientes toxicómanos.

El primer momento del diagnóstico lo constituyó la aplicación de una entrevista a los integrantes de la muestra (**anexo 1**) para conocer algunas características generales de la misma, los datos obtenidos se ilustran a continuación de manera cuantitativa, así como su análisis cualitativo:

SEXO	Tiempo de consumo de alcohol								Si han practicado deporte	
	Menos de 2 año		3 – 5 años		5 - 10 años		Más de 10 años			
	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
M	3	20	6	40	5	33,3	-	-	2	13,3
F	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabla 1: consumo de alcohol y prácticas anteriores de deporte.

En el análisis realizado se pudo conocer que los investigados tienen diferencias temporales en cuanto la ingestión de bebidas alcohólicas: con menos de dos años cuatro sujetos, de ellos tres masculinos, para un 20 % y uno femenino, para un 100 %, con ingestión entre tres y cinco años, masculinos seis, para un 40 %, en el rango de cinco a diez años cinco, para un 33,3 %. De la misma forma al analizar la práctica de actividades deportivas se constató que solo dos de los integrantes de la muestra han practicado deporte con sistematicidad, siendo estos del sexo masculino, realizando actividades deportivas de ejercicios pasivos y activos y los otros no tienen experiencias en las prácticas deportivas, doce del sexo masculino

para un 85,7 % y uno femenino representando el 86,6 del total de la muestra manifestó no practicar actividades deportivas.

En el caso referido a las actividades preferidas que realizaban antes de la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

NO	ACTIVIDADES PREFERIDAS	CANTIDAD	POR CIENTO
1	Trabajar en albañilería	1	6,6
2	Deambular por la calle	3	20
3	Cuidar de sus hijos	2	13,3
4	Leer	5	33,3
5	Actividades deportivas	1	6,6
6	Sentarse en el Parque	3	20

Tabla 2: principales actividades que realizaban.

Como ilustra la tabla anterior 1 sujeto señaló entre sus actividades preferidas, realizar trabajos de albañilería particular de forma sistemática para un 6,6 %, tres sujetos para 20 % manifestaron deambular por la calle, dos cuidar sus hijos para un 13,3 %, cinco señalaron leer, para un 33,3 %, tres señalaron sentarse en el Parque ha conversar con los amigos, es importante destacar que solo 1 para un 6,6 % planteó realizar algún tipo de actividad deportiva.

En cuanto a sus preferencias por la realización de determinadas actividades de carácter físico- recreativo las mismas estuvieron centradas en las que aparecen en la siguiente tabla:

ACTIVIDADES	M	%	F	%
Visitas y actividades en otros municipios.	6	40		
Viajes a la playa	4	26,6	1	100
Cumpleaños colectivos	14	93	1	100
Excursiones	5	33,3	1	100
Cantar y Bailar	13	86,6		
Juegos Pasivos	14	93		

Tabla 3: preferencias por la realización de actividades físico- recreativas.

Como refleja la tabla 3, seis sujetos para un 40 % expresaron gustarle la preparación física, cinco sujetos para un 33 % les gustaría ir a la playa, que se celebren cumpleaños colectivos fue señalado por los quince integrantes de la muestra para un 100 % cifra significativa. Cantar y Bailar fue referido por trece sujetos para un 86,6 %. A la mayoría de los sujetos de investigación les gusta los juegos de mesas, el dominó lo prefieren catorce sujetos, para 93 %, las damas así como actividades de intercambios con otras comunidades, en un 40 %. Como se puede apreciar los mayores índices de preferencia estuvieron relacionados con cumpleaños colectivos, el juego de beisbol y los juegos pasivos (de mesa).

En entrevista realizada a los familiares (**anexo 2**) se constató que todos los integrantes de la muestra vivían con personas con las cuales les unía algún tipo de consanguinidad o vínculo afectivo consensuado. El 100 % los familiares ya fuera esposa, hijos o con vínculos de convivencia estuvieron de acuerdo con la participación de los pacientes en el plan y estuvieron de acuerdo con los posibles beneficios que reportaría el mismo en su proceso de rehabilitación.

El 100 % de los familiares reconocieron no practicar o haber practicado actividades físicas, pero mostraron su disposición a colaborar con el proceso de rehabilitación integrándose a las actividades del grupo. La disposición explícita expresada por la familia constituyó un elemento importante para estimular la integración de los pacientes al grupo y su asistencia a las actividades, a partir de sentirse apoyados emocionalmente por las personas más cercanas a ellos.

Se aplicó una entrevista a los pacientes, **(anexo 3)** quienes opinaron que existen actividades planificadas en el municipio, pero no son suficientes, porque los grupos que principalmente se benefician son los escolares, adolescentes y jóvenes, es decir, en el municipio no existe un proyecto o programa que involucre en este tipo de actividades a los pacientes alcohólicos durante su rehabilitación y la participación por lo tanto es nula, en las que se realizan.

Por último, el delegado consideró importante tener diseñados programas y estrategias encaminadas al aumento de la oferta recreativa para el desarrollo local a través de variantes y alternativas en el orden físico- deportivo- recreativo, el mismo sugirió desarrollar actividades variadas como juegos de mesas, juegos recreativos, actividades encaminadas a elevar una cultura de empleo del tiempo libre en la comunidad.

CAPÍTULO 3: PLAN DE ACTIVIDADES FÍSICO-RECREATIVAS PARA LOS PACIENTES ALCOHOLICOS, EN LA ETAPA DE ABSTINENCIA.

3.1 Fundamentación teórica del plan.

En el presente trabajo se asume el siguiente concepto elaborado por el autor para la definición de programa físico-recreativo: *el mismo consiste en el diseño, teóricamente fundamentado y la aplicación de acciones de carácter físico-recreativo, que tienen como base el diagnóstico de gustos, necesidades y preferencias y están dirigidas al logro de determinados fines en un contexto específico y que ha de ser sistemáticamente evaluado en todas sus fases.* El propósito del mismo es concretar un plan de actividades físico- recreativas para la etapa de abstinencia, como uno de los objetivos esenciales del proceso de rehabilitación de los mismos.

El programa se fundamenta en los siguientes sustentos teóricos:

1. Perspectivas de relación entre la actividad física y la salud. Popov, S, N (1988)
2. Características socio-psicológicas de la recreación. Sánchez, Pérez, A (2003)
3. La ayuda mutua como recurso para la rehabilitación de los alcohólicos. Suárez, Martínez, F (2009)

El aspecto uno y dos fueron sistematizados en el capítulo 1, referido a los referentes teóricos de la investigación, en el tercer caso es necesario señalar que la ayuda mutua resulta uno de los recursos más importantes en el proceso de rehabilitación de los alcohólicos, el mismo se concreta a través de la creación de grupos compuestos por personas que padecen una misma enfermedad, por familiares y otras personas sensibilizadas e identificadas con la persona enferma, en este caso con los alcohólicos. El principio que rige la creación de estos grupos es descubrir y usar los recursos emocionales, espirituales y/o sociales tanto individuales como grupales de sus miembros para beneficios de todos los miembros del grupo. La participación en estos grupos permite a las personas que padecen de determinada enfermedad recuperar el control sobre sus vidas, fomenta la autorresponsabilidad y los capacita para ser más útiles, solidarios y humanos (colectivo de autores, 2006) Las características socio-psicológicas de la recreación y la sinergia que se establece en los grupos de practicantes puede contribuir al fortalecimiento de un grupo de ayuda mutua.

Por otra parte el programa se fundamenta en la concepción de Rodríguez, A. (2008), el cual plantea que "...los ejercicios físicos con fines terapéuticos se emplean desde la antigüedad. Esto se debe a la significación biológica que tiene el trabajo muscular en la vida del hombre. No obstante, en el proceso de rehabilitación se manifiestan principios de diferente naturaleza: biológicos, pedagógicos, didácticos, de adaptación y otros que operan interrelacionadamente..."

Por otra parte se toma también como fundamento del programa el **enfoque Histórico-Cultural de Vigotski L** (1987), del mismo se toma fundamentalmente el constructivismo social de Vigotski, la construcción por parte del alcohólico de un nuevo estilo de vida y un nuevo set de actitudes ante la bebida, constituye un aprendizaje que necesita la ayuda de todas las personas que de una forma u otra participan en el proceso de rehabilitación, por eso, la realización de las actividades físico-recreativas debe constituir, un espacio de diálogo, de mediación, a partir del cual el alcohólico vaya construyendo estas nuevas actitudes.

Como referente teórico se asumen también los requerimientos planteados por el Dr.C Aldo Pérez Sánchez para el diseño y aplicación de los programas recreativos. Este

autor plantea que un programa de recreación debe contener los siguientes cinco enfoques, para ser considerado equilibrado e integral, no debiéndose emplear un solo enfoque, sino la combinación de ellos:

a) Enfoque tradicional: Se basa en la actividad o conjunto de ellas, que se han realizado.

b) Enfoque de actualidad: Está basado en el contexto, retomando aquellas actividades o servicios que están de moda, es decir, por imitación se adoptan las actividades novedosas.

c) Enfoque de opinión y deseos: Se basa en el usuario o en la población de la que, a través de encuestas o inventarios, se obtienen datos sobre las actividades recreativas que éstos deseen realizar.

d) Enfoque socio-político: Basado en la Institución, de quien se derivan líneas y normas para la formación de programas.

A criterio del autor un plan de recreación debe contener todas las áreas de expresión de las actividades recreativas, para ser considerado integral, sin embargo, y de acuerdo con los intereses de la población, habrá que seleccionar aquellas áreas y actividades que mejor sean aceptadas.

3.2 Concepción general del plan.

Generalidades del plan.

El plan que se propone está elaborado para su aplicación durante la etapa de abstinencia de pacientes alcohólicos, de modo tal que contribuya a la integración social de los sujetos portadores de esta condición, a partir de la incidencia de las actividades físico-recreativas en la construcción de una adecuada actitud recreativa, el efecto renovador físico y mental de las mismas, el esparcimiento y el surgimiento de experiencias vivenciales positivas. El plan tiene un carácter flexible, pues el conjunto de actividades que se propone puede ser modificado según las particularidades de los pacientes, sus necesidades, gustos y preferencias.

Objetivos y metas.

- Garantizar en los pacientes alcohólicos una habilitación física y mental, logrando un mejoramiento de la salud, el empleo correcto de su tiempo libre y una mejoría de sus relaciones interpersonales en el entorno familiar y comunitario.
- Ejercer a través de la realización de las actividades físico- recreativas una función de formación, comunicación y acompañamiento que permita la construcción de capacidades de socialización en los pacientes alcohólicos.

Estructura para el funcionamiento del plan.

El grupo operativo tiene como funciones en primer lugar la creación del grupo de ayuda mutua, la realización del diagnóstico y la puesta en práctica de las actividades, así como el control y evaluación de las mismas, el mismo está compuesto por los principales actores del proceso: profesor de CF y el médico.

El grupo de ayuda mutua está compuesto por los pacientes, familiares y personas sensibilizadas con el problema que deseen participar en la realización de las actividades.

Plan de actividades físico-recreativas “MIRANDO AL FUTURO”

Estructura y componentes de las actividades.

- 1.- Nombre de la Actividad
- 2.- Tiempo de duración
- 3.- Participantes
- 4.- Modalidad (individual, equipo o grupo)
- 5.- Descripción de la actividad
- 6.- Espacio físico
- 7.- Material a utilizar
- 8.- Variante
- 9.- Observación

A continuación se describirá el cronograma de las actividades que se realizarán como parte del programa “Mirando al Futuro”. Las mismas fueron planificadas para un período de 7 meses (Agosto 2014- Febrero 2015), siempre los días domingos.

#	Actividades	Responsa- ble	Participa	Fe- cha	Hora	Lugar
1	Festival de juegos pasivos	Profesor y médico	Miembros del grupo y la comunidad	30-8 20-9 20-10 17-11	9.00 am	Patio de la Escuela Primaria
2	Cante su canción preferida	Profesor y médico	Miembros del grupo y la comunidad	6-9	9.00 am	En una casa de la comunidad
3	Bailando con la escoba	Profesor y médico	Miembros del grupo	9-8	9.00 am	En una casa de la comunidad
4	Tu regalón	Profesor y médico	Miembros del grupo y la comunidad	6-10	9.00 am	Gimnasio de Judo
5	La pesca	Profesor y médico	Miembros del grupo	22-8	9.00 am	Casa de la Comunidad.
6	Actividades recreativas familiares y de animación	Profesor y médico	Miembros del grupo y familiares	2-8 3-9 1-10 5-11 3-12 25-1	9.00 am	Casa de los miembros del grupo
7	Excursión al Jardín Botánico	Profesor y médico	Miembros del grupo y familiares	22-2	6.00 am	Cienfuegos
8	Excursión a playa Rancho Luna	Profesor y médico	Miembros del grupo y familiares	18-1	7.00 am	Playa Rancho Luna
9	Intercambio recreativo-cultural	Profesor y médico	Miembros del grupo e invitados	23-8 15-12	9.00 am	Taller de Discapacitados
10	Festival deportivo recreativo	Profesor y médico	Miembros del grupo y la comu	13-9 10-11 19-12	9.00 am	Cancha de la Secundaria

			nidad			
11	Actividades recreativas culturales	Profesor y médico	Miembros del grupo	11-13-10	9.00 am	Casa de los miembros del grupo
12	Cumpleaños Colectivos	Profesor y médico	Miembros del grupo y familiares	27-9 27-10 24-11 29-12 4-1 15-2	9.00 am	Casa de los miembros del grupo o lugar seleccionado

Actividad No. 1

Nombre de la actividad: “Festival de juegos pasivos.” Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: 4 horas.

Fecha: 30-8, 20-9, 20-10, 17-11

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: miembros del grupo y de la comunidad.

Modalidad: individual y por parejas.

Descripción de la actividad:

Competencia de Ludo: se organiza esta actividad con algunas parejas mixtas, que pueden estar integradas por los pacientes y/o miembros del grupo y de la comunidad que deseen participar en la actividad.

Juego de Damas: posee las mismas características que la competencia de ludo, también se organiza esta actividad con algunas parejas mixtas, que pueden estar integradas por los pacientes y/o miembros del grupo y de la comunidad que deseen participar en la actividad.

Competencia de dominó: por la popularidad que goza este tipo de juego en el Consejo Popular “Las Nubes” se puede proponer al grupo en el marco del festival la creación de un “Club de aficionados al juego de dominó” que vincule a los sujetos con interés por este tipo de juego.

Espacio físico: Patio de la Escuela Primaria de la comunidad.

Material: Tableros, mesas de ajedrez, dados, piezas de ajedrez, dama y ludo, fichas de dominó.

Variante: esta actividad puede vincularse a través de la alianza estratégica con otros Consejos Populares y desarrollar eventos de mayor participación como los torneos y competencias sociales.

Observaciones: coordinar previamente con el consejo popular y la escuela todos los recursos necesarios para desarrollar el festival de juegos pasivos.

Actividad No. 2

Nombre de la actividad: “Cante su canción preferida” En una casa de la comunidad.

Tiempo de duración: 1 hora.

Fecha: 6/09

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: miembros del grupo y de la comunidad que deseen participar.

Modalidad: Individual y en grupo.

Descripción de la actividad:

Cada participante debe decir la canción preferida y cantarla, luego decir porque le gusta y el mensaje de la letra, si le trae algún recuerdo o a quien la dedica.

Espacio Físico: Casa de algún participante.

Material: Guitarra, equipo de sonido, Karaoke y cualquier otra oferta opcional.

Variante: Juegos de participación, competencia de cantos y animación socio-cultural a través de la oferta recreativa.

Observaciones: Garantizar la coordinación con los vecinos de la comunidad para el apoyo del local para realizar las actividades recreativas.

Actividad No. 3

Nombre de la actividad: “Bailando con la escoba” En una casa de la comunidad.

Tiempo de duración: 1hora.

Fecha: 9/08

Hora de inicio: 9.00 am

Número de participantes: miembros del grupo.

Modalidad: Individual.

Descripción de la actividad:

Se facilita una escoba y se hace un círculo de personas, al compás de la música gravada con palmadas se va bailando y pasándose la escoba y cuando pare la música el que tenga la escoba pierde y sale del juego y al final el que se quede es el ganador del Baile.

Espacio Físico: En una casa de la comunidad.

Material: Escoba y equipo de sonido.

Variante: Bailes en trío, se baila cantando, tesoro escondido, técnicas de animación.

Observaciones: Garantizar los medios y el área para desarrollar la actividad recreativa.

Actividad No. 4

Nombre de la actividad: “Tu regalón” Gimnasio de Judo.

Tiempo de duración: 1 hora.

Fecha: 6/10

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: pueden participar todos los miembros del grupo y personas interesadas de la comunidad.

Modalidad: parejas.

Descripción de la actividad:

Ponga los nombres de los participantes en una caja o en una bolsa. Pase la caja o la bolsa y pida a cada persona que tome un nombre, si les toca su mismo nombre, tiene que ponerlo de vuelta y escoger otro. Se le da al grupo unos minutos para que piensen en un regalo imaginario que le darían a la persona cuyo nombre les tocó. Pídales también que piensen de qué manera lo presentarían. Haga una ronda de presentaciones y pida a cada participante que dé su regalo imaginario.

Espacio físico: Gimnasio de Judo.

Material: Tarjetas, caja o bolsa, equipo de sonido, material fílmico sobre la amistad.

Variante: Juego de mesas.

Observaciones: Garantizar los medios y el área para desarrollar la actividad recreativa.

Actividad No. 5

Nombre de la actividad: “La pesca “Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: Según conclusión de la actividad.

Fecha: 22/08

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: miembros del grupo.

Modalidad: Grupo o equipos.

Descripción de la actividad: a cada jugador se le hará entrega de una caña de pescar con el hilo y el anzuelo (un clip abierto). En el centro de la pista se hará un círculo con los participantes, mirando hacia dentro, y en el centro, en el suelo se colocarán los peces de cartulina de diferentes colores, a los cuales se les ha adherido un pequeño gancho en el lomo, confeccionado con otro clip abierto. Se dará la señal para que los participantes empiecen a pescar. El juego durará mientras queden peces por pescar. En el momento que se hayan agotado, se procederá al recuento de las piezas cobradas por cada jugador. Ganará quién más piezas tenga en su poder.

Espacio Físico: Casa de la Comunidad..

Material: vara de pescar, peces de cartulinas y anzuelo.

Variante: pescando bailando, pescando de espalda, pescando con los ojos vendados.

Observaciones: garantizar los medios y el área para desarrollar la actividad recreativa.

Actividad No. 6

Nombre de la actividad: “Actividades recreativas familiares y de animación entre los alcohólicos” Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: 6 horas.

Fecha: 2-8, 3-9, 1-10, 5-11, 3-12, 25-1

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: miembros del grupo.

Modalidad: Grupo.

Descripción de la actividad: se efectuará en casas particulares con previa planificación y contribuyendo al fortalecimiento de las relaciones familiares, así como, al desarrollo del compañerismo, con la ayuda mutua y el colectivismo. En estas actividades incluimos la animación, que aumentará el entusiasmo de los participantes, satisfaciendo sus expectativas, por supuesto se excluyen de ellas cualquier tipo de bebida alcohólica y el cigarro, cooperando de este modo en la eliminación de los vicios nocivos que tanto afectan el organismo humano.

Espacio Físico: Casa de un miembro del grupo.

Material: equipo de sonido, comestibles, jugos, bebidas según las posibilidades y la iniciativa de los participantes.

Variante: Competencia de bailes, competencia de canto.

Observaciones: Garantizar los medios y el local para desarrollar la actividad recreativa.

Actividad No. 7

Nombre de la actividad: “Excursión al Jardín Botánico”

Cienfuegos.

Tiempo de duración: 6 horas.

Fecha: 22/02

Hora de inicio: 6.00 am

Participantes: miembros del grupo y familiares.

Modalidad: Grupo.

Descripción de la actividad:

8,30 AM Llegada al Jardín Botánico, Recorrido, 4.00 PM regreso al lugar de origen

Espacio Físico: Cienfuegos

Material: transporte, meriendas

Variante: actividades de animación, juegos físico-recreativos.

Observaciones: garantizar meriendas.

Actividad No. 8

Nombre de la actividad: "Excursión a playa Rancho Luna"

Cienfuegos

Tiempo de duración: 9 horas.

Fecha: 17/01

Hora de inicio: 7.00 am

Participantes: miembros del grupo y familiares.

Modalidad: grupo.

Descripción de la actividad:

8,30 AM llegada a la Playa, baño en la playa, 4.00 PM regreso al lugar de origen.

Espacio Físico: playa Rancho Luna.

Material: equipo de sonido, transporte, alimentación.

Variante: Tesoro escondido, actividades de animación, juegos de mesa, competencia de juegos físicos recreativos.

Observaciones: Coordinar el transporte.

Actividad No. 9

Nombre de la actividad: "Intercambio recreativo-cultural con el grupo de alcohólicos anónimos". Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: 4 horas.

Fecha: 23-8, 15-12

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: Mínimo 10, miembros del grupo y de grupo "Alcohólicos anónimos"

Modalidad: Grupo.

Espacio Físico: Taller de Discapacitados.

Descripción de la actividad:

Visita coordinada a otro consejo popular, con intercambios de regalos, actividades de participación artístico-cultural y recreativa, se desarrollarán intercambios de experiencias con el grupo de Alcohólicos que se encuentren en etapa de abstinencia. Juegos de mesas. Actividades físico-recreativas.

Actividad No. 10

Nombre de la actividad: “Festival deportivo recreativo”. Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: 4 horas.

Fecha: 13-9, 10-11, 19-12

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: miembros del grupo y grupo de personas de la comunidad.

Modalidad: Grupo.

Descripción de la actividad:

Las actividades que contempla el festival son:

Juegos pre-deportivos de media intensidad física.

Juegos didácticos.

Juegos de mesas.

Juegos de relevos.

Competencias de bailes.

Competencia de cantos.

Nota: El festival deportivo recreativo debe ser convocado (gráfico y verbal) por parte de los profesores de recreación, tiene que ser estructurado en tres partes, la inicial, principal y final; además se aplicarán las técnicas de conducción recreacional: la actitud positiva, la sugerencia positiva, aprobación de la actividad, cooperación con y para el grupo y el contagio afectivo permanente.

Espacio Físico: cancha de la comunidad.

Materiales: pelotas, aros, banderas, audio, equipo de sonido, regalos para el tesoro escondido y premio o diplomas para los ganadores.

Variante: se hará uso de actividades pasivas según la edad de los participantes, las cuales pueden ser dirigidas, en grupos y equipos, considerando actividades en parejas con la participación de edades mixta así como el sexo.

Observaciones: Coordinar previamente con los factores del Consejo Popular y la escuela secundaria todos los recursos necesarios para desarrollar el festival deportivo.

Actividad No. 11

Nombre de la actividad: “Actividades recreativas culturales en Casa de la comunidad” Actividad en la comunidad.

Tiempo de duración: 2 horas.

Fecha: 11-1,13-10

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: integrantes del grupo.

Modalidad: Grupo.

Descripción de la actividad:

El video consiste en una guía debate sobre los factores de riesgos médicos del alcoholismo y sus consecuencias. Debate y reflexión sobre el tema.

Espacio Físico: casa de la comunidad.

Material: televisor y equipo de video, láminas, CD.

Variante: se invita al médico del Consultorio, al Psicólogo, familiares de los pacientes y otros vecinos de la comunidad.

Observaciones: coordinar previamente con los familiares de la casa de la comunidad

Actividad No. 12: Cumpleaños Colectivos.

Tiempo de duración: a gusto de los participantes del grupo.

Fecha: 27-9, 27-10, 24-11, 29-12, 4-1,15-2

Hora de inicio: 9.00 am

Participantes: integrantes del grupo.

Modalidad: Grupo.

Descripción de la actividad:

Se celebran mensualmente en la casa de uno de los miembros del grupo o el lugar seleccionado por ellos, la organización de la actividad corre a cargo de los miembros del grupo, según sus iniciativas, se excluye el consumo de cualquier bebida alcohólica.

Espacio Físico: casa de los miembros del grupo o lugar seleccionado por ellos, se excluye cualquier lugar donde se realice el expendio de bebidas alcohólicas. La celebración estará acompañada de actividades de animación.

Material: los relacionados con las actividades de animación que se desarrollen y los alimentos que se consuman en la celebración.

Variante: se incluyen obsequios a los homenajeados, palabras de felicitación, cantos y música que alegre la velada.

Observaciones: debe garantizarse los insumos, independientemente de lo que puedan aportar los miembros del grupo y los integrantes de la comunidad que deseen participar o simplemente colaborar con la actividad.

CONCLUSIONES

1. Es insuficiente el aprovechamiento de las potencialidades que brinda la Cultura Física en función de la rehabilitación de pacientes alcohólicos.
2. El plan de actividades físico-recreativas, desde el punto de vista de su estructura, permite contribuir a la rehabilitación en la etapa de abstinencia y actuar como reforzadores positivos de la conducta de abstenerse del alcohol.
3. En el diseño del Plan de Actividades existió un consenso del 100% de los especialistas en que la propuesta está bien estructurada y posibilita resolver el problema existente en el municipio de Cruces.

RECOMENDACIONES

Una vez analizado el resultado de cada una de las tareas de investigación y comprobar la hipótesis planteada se considera pertinente recomendar los siguientes aspectos:

- Utilizar los fundamentos teóricos de la investigación en otros municipios.
- Validación en la práctica del plan de actividades físico-recreativas, para pacientes alcohólicos en la etapa de abstinencia

BIBLIOGRAFÍA

- Abrahantes Matuberría, V. H. & Manso, T. (1991). Análisis comparativo del equipo de Cienfuegos en Series Nacionales de Béisbol. Trabajo de Diploma. ISCF (CF). 57 h: illus.
- Castro Ruz, Fidel. (1926). Fidel y el deporte. La Habana: Editorial Deporte.
- Estévez Cullell, Migdalia, Margarita Arroyo y col. (2004). La investigación Científica en la actividad física: Su metodología. La Habana, Editorial Deporte.
- Figueredo, Jorge S. (2003). Cuban Baseball: A Statistical History, 1878–1961.
- González Gómez, C. (2007). Los Primeros Peloteros Mexicanos de la Historia. Orígenes del Béisbol. Com: La Raíz del Juego.
- León Jiménez, C. & Leal Sarduy, Y. (2008). Propuesta de actividades para dar a conocer a Iday Abreu Ruiz una gloria del béisbol en cruces a los alumnos de 6to grado de la escuela Fabric Aguilar Noriega. Trabajo de diploma. Instituto Superior de Cultura Física “Manuel Fajardo”. Facultad de Cultura Física de Cienfuegos.
- Martínez LLantada, M. (2005). Metodología de la investigación educacional, desafío y polémicas actuales. La Habana: Pueblo y Educación.
- Montesinos, E. & Barros, S. (1964). Centroamericanos y del Caribe los más antiguos Juegos Deportivos Regionales del Mundo. La Habana: Editorial Científico–Técnico.
- Nocedo I. & Pérez, G. (2000). Metodología de la Investigación Pedagógica y Psicológica. La Habana: Pueblo y Educación.
- Oliva Herrera, H. (2012). Jesús Reyes Fernández una figura del béisbol cienfueguero. Trabajo de diploma. Instituto Superior de Cultura Física “Manuel Fajardo. Facultad de Cultura Física de Cienfuegos.
- Orígenes del Béisbol. (2011). Recuperado a partir de <http://www.origenesdelBéisbol.com>

Orígenes del Béisbol. Primeros peloteros. (2011).

Recuperado a partir de

<http://www.origenesdelBéisbol.com/primerospeloteros.htm>

Quesada Hernández, D. E. (2012). Héctor Olivera González,
bateador designado por excelencia. Trabajo de diploma. Instituto
Superior de Cultura física “Manuel Fajardo”. Facultad de Cultura
Física de Cienfuegos.

Rodríguez Gómez G. (2006). Metodología de la investigación cualitativa.
La Habana: Félix Varela.

Toledo Menéndez, D. M. (2006). Béisbol revolucionario cubano la más grande
hazaña Aquino Abreu. La Habana: Editorial Deporte.

ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA A LOS INVESTIGADOS.

Objetivo: establecer las consideraciones de la población alcohólica en relación con la actividad física y recreativa, así como sus preferencias por la realización de las mismas.

- 1.- ¿Desde qué tiempo ingiere bebidas alcohólicas?
- 2.- ¿Cuáles son las principales actividades que realiza en su cotidiano de vida?
- 3.- ¿Usted tiene acceso a practicar actividades físico- recreativas en su barrio?
4. ¿Considera usted que las actividades físico- recreativas reportan beneficios?
5. ¿Cuáles son las actividades que preferiría realizar?

ANEXO 2. ENTREVISTA DE ENTRADA A LOS FAMILIARES.

Objetivo: obtener información acerca de la situación familiar de los alcohólicos del grupo y la disposición de la familia a apoyar la realización del programa.

Aspectos de la entrevistas.

1. ¿Cuál es el grado de parentesco o vínculo afectivo con el paciente?
2. ¿Cuántas personas conviven en el núcleo familiar?
3. ¿Ha realizado actividades físicas anteriormente?
4. ¿Cuál es su disposición a apoyar la participación del miembro de la familia en las actividades previstas a realizar?
5. ¿Considera que estas actividades pueden reportar algún beneficio para el paciente alcohólico?

ANEXO 3. ENTREVISTA DE ENTRADA AL PRESIDENTE DEL CONSEJO POPULAR

Objetivo: Determinar el estado de opinión que tiene el Presidente del Consejo en relación con las ofertas recreativas que se programan con el Alcohólico.

Aspectos de la entrevista.

1. ¿Considera suficientes las actividades físico-recreativas que se desarrollan en la comunidad?
2. ¿Cuáles grupos poblacionales se benefician mayormente con las actividades físico-recreativas que se desarrollan en la comunidad?
3. ¿Cuál es el nivel de divulgación que tiene las actividades en la comunidad?
4. ¿Cuál es la participación de los alcohólicos en las actividades que se realizan en la comunidad?
5. ¿Qué recomendaciones usted pudiera ofrecer para mejorar la oferta de actividades físico-recreativas en la comunidad?
6. ¿Tiene alguna recomendación en particular para la participación de los alcohólicos en estas actividades?