

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA
MAESTRÍA EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICAS
LÚDICAS SOBRE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL
AUTOCONCEPTO EN PERSONAS DROGADICTAS EN
PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL HOGAR CREA**

**Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en
Salud Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister
Scientiae**

Manfred Rodríguez Víquez

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2017

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICAS LÚDICAS SOBRE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EL AUTOCONCEPTO EN PERSONAS DROGADICTAS EN PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL HOGAR CREA

Manfred Rodríguez Víquez

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Miembros del Tribunal Examinador



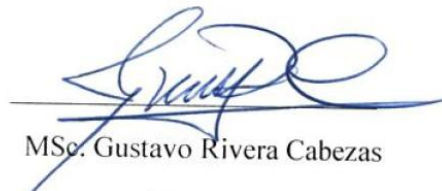
(Dr. Francisco San Lee Campos)
Representante Consejo Central de Posgrado



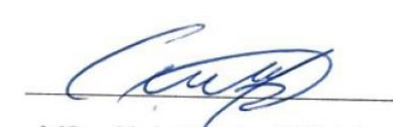
Ph.D. Braulio Sánchez Ureña
Director de la Maestría en Salud Integral
y Movimiento Humano



MSc. Gerardo Araya Vargas
Tutor



MSc. Gustavo Rivera Cabezas
Asesor



MSc. Christian Azofeifa Mora
Asesor



Manfred Rodríguez Viquez
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano, para optar por el título de Magister Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de las actividades físicas lúdicas sobre los niveles de ansiedad (estado y rasgo), depresión y autoconcepto (físico, emocional, familiar, académico y social) en personas drogadictas en proceso de recuperación de un hogar CREA. La intervención se realizó en el mismo centro, donde se contó con dos grupos (control y experimental), los participantes fueron todos hombres adultos, con una n total de 14, las actividades fueron de tipo aeróbicas, con una duración de siete semanas, una frecuencia de tres veces por semana. Los resultados arrojaron información importante, pero siendo únicamente la ansiedad la que presentó cambios estadísticamente significativos en relación a las mediciones y los grupos, reportando significancia de 0.48, además de un descenso del promedio de 14.20% del grupo experimental y aumento del 21.02% en el control. En este caso se utilizaron las actividades físicas lúdicas como una opción diferente y como tratamiento opcional para el proceso de recuperación en el que están incluidos los participantes meta.

Palabras claves: adultos, trastornos mentales, actividad física, efectos.

Abstract

The objective of this research was to determine the effect of ludic physical activities on the levels of anxiety (state and trait), depression and self-concept (physical, emotional, family, academic and social) in drug addicts recovering from a home CREA. The intervention was performed in the same center, where there were two groups (control and experimental), the participants were all adult men, with a total n of 14, the activities were aerobic type, with a duration of seven weeks, one Frequency three times per week. The results showed important information, but it was only the anxiety that presented statistically significant changes in relation to the measurements and the groups, reporting a significance of 0.48, in addition to a decrease of the average of 14.20% of the experimental group and increase of 21.02% in the control. In this case, ludic physical activities were used as a different option and as an optional treatment for the recovery process in which the target participants are included.

Key words: adults, mental disorders, physical activity, effects.

Agradecimiento

Un agradecimiento a todos los que colaboraron en la elaboración de dicha tesis, desde los profesores de grado, compañeros de clase, comité asesor, miembros del hogar CREA, participantes de la intervención y a mis padres por el apoyo constante.

Cada uno ayudó de maneras diferentes pero positivamente en la culminación de un gran logro personal y académico.

Se les recordará con mucho aprecio y admiración.

Listado de tablas

Pág

Tabla 1. Síntomas de la depresión	21
Tabla 2. Resultados de promedios y desviaciones estándar de las mediciones pre y post de acuerdo a las variables y grupos independientes.	31
Tabla 3. Resultados de la F y la significancia de acuerdo a medición de grupos y la interacción de ambas, en relación a las variables dependientes.	32
Tabla 4. Análisis post hoc de efectos simples para la interacción entre grupos y mediciones en la variable de ansiedad estado.	33
Tabla 5. Actividades físicas lúdicas realizadas en el hogar.	58
Tabla 6. Actividad físicas lúdicas realizadas en la primera sesión.	72
Tabla 7. Actividad físicas lúdicas realizadas en la segunda sesión.	73
Tabla 8. Actividad físicas lúdicas realizadas en la tercera sesión.	73
Tabla 9. Actividad físicas lúdicas realizadas en la cuarta sesión.	74
Tabla 10. Actividad físicas lúdicas realizadas en la quinta sesión.	75
Tabla 11. Actividad físicas lúdicas realizadas en la sexta sesión.	76
Tabla 12. Actividad físicas lúdicas realizadas en la séptima sesión.	76
Tabla 13. Actividad físicas lúdicas realizadas en la octava sesión.	77
Tabla 14. Actividad físicas lúdicas realizadas en la novena sesión.	77
Tabla 15. Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima sesión.	78
Tabla 16. Actividad físicas lúdicas realizadas en la undécima sesión.	78
Tabla 17. Actividad físicas lúdicas realizadas en la duodécima sesión.	79
Tabla 18. Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima tercera sesión.	80

Tabla 19. Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima cuarta sesión.	80
--	----

Listado de gráficos

Grafico 1. Interacción entre mediciones y grupos de la variable ansiedad estado.	33
--	----

Listado de abreviaciones

APA: Asociación Americana de Psicología (en inglés; American Psychological Association).

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

AF5: Autoconcepto Forma 5.

Listado de conceptos claves

Ansiedad: es una emoción natural que comprende una serie de reacciones en las personas ante una amenaza de un resultado incierto, implica reacciones adaptativas a las demandas del medio, pero la mente y el cuerpo no pueden permanecer activados indefinidamente. Si el estado de activación por ansiedad es muy intenso se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de salud mental (Vindel, 2011).

Depresión: hecho melancólico, estado de agotamiento, sentimientos tristes o derrumbado. Esto es normal en periodos cortos por circunstancias ajenas, pero cuando esto se prolonga por meses e incluso años es aquí donde se cataloga como un trastorno mental (Rogge, 2012).

Autoconcepto: es la percepción del individuo en sí mismo, y de las experiencias del mismo con los demás, este autoconcepto se enfoca en lo que el sujeto piensa de sí mismo desde la parte física, social y espiritual (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

Actividades físicas lúdicas: se entiende como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. Se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que llevan a la generación de emociones (Reyes, 2011).

Personas drogadictas: persona que sufre una dependencia a las drogas y actualmente es considerada una enfermedad que afecta el sistema nervioso central y las funciones cerebrales. (Rodríguez, 2017).

Índice

Resumen	IV
Agradecimiento	V
Listado de tablas	VI
Listado de gráficos	VII
Listado de abreviaciones	VII
Listado de conceptos claves	VII
Capítulo I INTRODUCCIÓN	
Planteamiento y delimitación del problema	10
Pregunta generadora	11
Justificación	11
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Capítulo II MARCO CONCEPTUAL	
Ansiedad: definición	16
Criterios de la ansiedad inducida por sustancias	16
Síntomas de la ansiedad inducida por sustancias	17
Criterios para la dependencia a las sustancias	17
Relación de la ansiedad con el uso de drogas	18
Depresión mayor: definición y criterios.	20
Síntomas y causas de depresión mayor.	21
Autoconcepto: definición.	21
Actividades físicas lúdicas: definición.	22
Importancia de las actividades físicas lúdicas	23
Información sobre HOGARES CREA	24

Capítulo III METODOLOGÍA	
Diseño estadístico y participantes	26
Instrumentos	27
Procedimientos	28
Análisis estadísticos	29
Capítulo IV RESULTADOS	31
Capítulo V DISCUSIÓN	35
Capítulo VI CONCLUSIONES	39
Capítulo VII RECOMENDACIONES	40
Capítulo VIII REFERENCIAS	41
ANEXOS	49

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema

En la sociedad alrededor del 20.6% de la población mundial sufre de un trastorno ansioso, muchas veces sin percibirlo, el cual cada vez más va en aumento debido al sistema tan acelerado con que se desarrolla el mundo (Otero de la Cruz, 2012).

En el ámbito nacional la ansiedad tiene una prevalencia de 9,41% equivalente a un total de 300.000 personas en el año 2000, pero luego en el año 2002 este rango subió a 12,97% según el Hospital Nacional Psiquiátrico (Navarrete, 2002). Para el 2014 según información de la Caja Costarricense del Seguro Social, se giró un total de 38.779 incapacidades relacionada a trastornos mentales y cada una de las personas afectada requirió ausentarse en promedio de ocho días (Rodríguez, 2016).

Por otra parte, en la sociedad se presenta otro problema, como lo es el aumento de consumo de sustancias adictivas y el cual se observa desde edades tempranas, generando un problema mayor a largo plazo. Se ha determinado que muchas veces el consumo de drogas está enlazado a problemas de ansiedad, ya que la persona al sentir una amenaza o pensamientos negativos inicia el consumo para reducir los niveles de ansiedad que experimentan (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González y Iruarrizaga, 1994).

En relación al texto anterior referente al consumo de drogas desde edades tempranas, en Costa Rica se determinó que para el consumo de alcohol y tabaco la iniciación se encuentra a los 13 años y de marihuana y otras sustancias a los 14 años (Rodríguez, 2016).

La prevalencia de consumo de drogas en Costa Rica es de 11,58% para el año 2000, siendo esto un total de 265.000 personas con problemas de adicción a drogas, el cual va cada vez en aumento y sin adecuados controles (Navarrete, 2002). Para el 2015 el consumo activo de alcohol y tabaco tuvo un promedio de 19.5%, mientras que la marihuana y otras sustancias fue de 4.9%. Estos datos se derivan de una encuesta a adolescentes, pero que al no tener controles o medidas preventivas, las cifras pueden aumentar y provocar consecuencias a largo plazo (Rodríguez, 2016).

Además, existe una fuerte relación entre la ansiedad y el consumo de drogas, ya que se plantea como una relación bidireccional, por lo que una conduce a la otra o viceversa. Considerando que el consumo de drogas es un desorden en el comportamiento el cual es

manifestado en la alta necesidad de ingerir drogas o bebidas psicotrópicas provocando una interferencia en la salud mental, social y física (Otero de la Cruz, 2012).

De igual forma, los problemas con el alcohol también tienen un impacto muy negativo en la salud mental. El abuso de alcohol y otras drogas pueden empeorar condiciones existentes como la depresión o provocar nuevos problemas como la pérdida grave de memoria o la ansiedad (Asociación Americana de Psicología, 2012).

Con respecto al autoconcepto, este se expresa como la imagen que cada persona tiene de sí misma y es resultado tanto de la percepción propia como de las personas que lo rodean (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004). Infante y Goñi (2009) indican que el autoconcepto se divide en 5 factores estos son el social, familiar, académico, físico y emocional.

Cuando se presentan puntuaciones bajas del autoconcepto a nivel emocional, social y académico se puede propiciar la aparición de dependencia a las drogas, pero existe otro factor que es positivo, este es el físico, el cual resulta ser un buen indicador de salud mental. Donde al mejorar la parte física del sujeto se logra un beneficio a nivel psicológico, provocando cambios positivos en los demás factores que comprenden el autoconcepto (Infante y Goñi, 2009).

Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) reportan que existe una relación entre el consumo de drogas y el malestar emocional, lo cual puede desencadenar la dependencia de drogas para reducir o aliviar los estados negativos (incluyendo depresión, ansiedad y estrés).

Con base en lo analizado anteriormente se desea investigar: ¿Qué efectos tiene un programa de actividades físicas lúdicas sobre los niveles de ansiedad, depresión y el autoconcepto en personas drogadictas en proceso de recuperación del hogar CREA?

Justificación

La drogadicción es un grave problema a nivel mundial, donde se afecta tanto al individuo como a la familia y a la sociedad. Además tiene repercusiones de variables magnitudes en las áreas económica, social, salud, educacional y afectivo (Ortega-Pérez, Lobo da Costa-Junior y Pereira, 2011).

Este problema está en aumento y cada vez más se observa desde edades tempranas, generando un problema mayor a largo plazo. Se ha determinado que muchas veces el consumo de drogas está enlazado a problemas de ansiedad, ya que la persona al sentir una amenaza, malestar o tener pensamientos negativos inicia el consumo para reducir los niveles de ansiedad que experimenta (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González y Iruarrizaga, 1994).

De igual manera según Otero de la Cruz (2012), existe una fuerte relación entre la ansiedad y el consumo de drogas, ya que se plantea como una relación bidireccional, por lo que una conduce a la otra o/y viceversa. Considerando que el consumo de drogas es un desorden en el comportamiento, el cual es manifestado en la alta necesidad de ingerir drogas provocando una interferencia en la salud mental, social y física.

La prevalencia de consumo de drogas en Costa Rica era de 11,58% para el año 2000, representando esto un total de 265.000 personas con problemas de consumo de drogas y dichas cifras se incrementan cada año, ya que no se cuenta con controles adecuados (Navarrete, 2002).

Para el año 2006, en Costa Rica los valores del consumo de drogas ascendieron al 15% según los datos de la Encuesta Nacional de dicho año (Encuesta Nacional sobre el consumo de drogas-Costa Rica, 2006). En el año 2013, el Consejo Nacional de Política de la Persona Joven, a través de la Encuesta Nacional de Juventudes (2013), reportó de manera detallada el consumo de drogas, ofreciendo cifras como: el consumo de tabaco 48,9%, las bebidas alcohólicas 1.6%, la marihuana 32.4% y la cocaína 8%, (siendo éstas las principales adicciones que se presentan en el HOGAR).

La depresión al igual que la ansiedad tienen una gran relación con el consumo de las drogas y en los últimos años se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública, esto debido al incremento en la prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costos económicos (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009).

Raventós (2012) comenta sobre el problema y la cantidad de personas con este trastorno mental y menciona que en el 2002 más de 154 millones de individuos a nivel mundial sufren de depresión, generando en Costa Rica un costo de 3.000 millones de colones por incapacidades en el 2012 (Barrantes, 2013).

En un estudio realizado en España con un total de 261 mujeres que acudieron a los tribunales por drogas, se comprobó que existe una gran relación entre la depresión y un gran riesgo de consumo de drogas, ya que el 46% de las mujeres con consumo de drogas cayeron en depresión en un tiempo no mayor a los 4 meses (Johnson et al., 2011).

Dentro de los tratamientos para la ansiedad o la depresión se encuentran el farmacológico e internamiento en hospitales especializados. Por lo que todo el presupuesto es destinado al uso de fármacos para diversas demencias (Raventós, 2012). En relación a los tratamientos para trastornos mentales, se encuentran la combinación entre psicofármacos y psicoterapias. Para tratar la depresión se utilizan antidepresivos, a dosis superiores de las requeridas, también son útiles las benzodiacepinas, que controlan los síntomas con rapidez, aunque no deberían administrarse de forma prolongada (López, 2011).

Cueria, Oliva, Ortiz y Bauzá (2011) de igual manera mencionan que los servicios en salud mental poseen en la actualidad medidas eficaces de intervención tales como psicofármacos y psicoterapias; no obstante la mayoría de personas con estos tipos de trastornos no acceden al tratamiento debido al alto costo de los mismos.

En contraste con lo anterior desde los años ochenta se realizan investigaciones en relación de la actividad física con la salud, tanto física como mentalmente. Donde se encuentra bastante evidencia a favor de que la actividad física mejora la salud mental, manifestando cambios positivos en la ansiedad estado-rasgo, la depresión y el autoconcepto (Infante y Goñi, 2009).

La actividad física trae beneficios tanto físicos como psicológicos: entre los físicos están aumento de la función cardiovascular, inmunitaria, pulmonar, metabólica y los mentales como aumento de la liberación de endorfinas y de neurotransmisores que provocan una sensación de bienestar (Wilson-Escalante, Sánchez-Rodríguez y Mendoza-Nuñez, 2009).

Además, la actividad física puede ser efectiva en aliviar síntomas de depresión tanto leves como de moderada intensidad, también ha demostrado una gran utilidad como tratamiento al combinarlo con las psicoterapias o farmacoterapia. También tiene sus beneficios para reducir la ansiedad, el estrés, aumentar los niveles de energía, de la autoestima y el funcionamiento cognitivo (Márquez y Garatachea, 2013).

Según Arias (2011), en un estudio realizado en Cuba donde aplicó una serie de actividades físicas (caminatas, softball recreativo, festivales deportivo-recreativos) en 30 personas con problemas de consumo de drogas, determinó que todos los sujetos dejaron el consumo de drogas o al menos disminuyeron su consumo y al final los sujetos del estudio se mantuvieron activas y con menos niveles de necesidad del alcohol, siendo evidente la importancia que tienen este tipo de actividades en personas drogadictas.

Además Candel, Olmedilla y Blas (2008) en otro estudio realizado en una universidad de España, en el que se evaluaron alrededor de 220 universitarias y se encontró que las mujeres físicamente activas presentaban nivel de ansiedad y de depresión más bajos, además de que tenían mayores niveles de autoconcepto en general al compararlas con universitarias sedentarias.

El autoconcepto se expresa como un indicador importante de bienestar psicológico y de ajuste social. Existe una relación donde personas con un alto autoconcepto, tienen conductas menos agresivas, mayor número de conductas sociales positivas y bajo nivel de desajuste emocional, por lo que no se alteran tan fácilmente ante la demanda del entorno y tienen niveles de depresión y ansiedad más bajos (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

En un estudio realizado en Brasil con un total de 1042 voluntarios se encontró, que las personas que no realizan actividad física son dos veces más propensas a presentar síntomas de

depresión y ansiedad en comparación con aquellos que practican regularmente la actividad física y se observa una mayor prevalencia de síntomas para la ansiedad y la depresión entre aquellos que no practican la actividad física regular (De Mello et al., 2013).

Es por esto que con esta propuesta se desea aplicar otro tipo de tratamiento, para que el uso de fármacos o de técnicas cognitivas no sean las únicas opciones para mejorar la salud mental de personas con ansiedad o depresión en el HOGAR.

En esta investigación se pretende observar y analizar cómo las actividades físicas lúdicas pueden mejorar la salud mental y reducir la necesidad del uso de drogas en los sujetos, desde un punto de vista psicológico y físico, para generar un resultado más completo.

Además, debido al incremento en los porcentajes de los trastornos mentales antes mencionados y al porcentaje de personas con problemas de drogadicción, es que se desea utilizar esta población del hogar CREA, ya que son personas que presentan ansiedad y/o depresión y se conoce que tienen mucha relación con el consumo de drogas, por esta razón es fundamental realizar esta intervención físico-lúdicas en dicha población (más adelante se detallará información referente a los hogares CREA).

Objetivo General

- Determinar el efecto de un programa de actividades físicas lúdicas sobre la ansiedad, depresión y el autoconcepto en personas drogadictas en proceso de recuperación del hogar CREA.

Objetivos específicos

- Analizar los efectos de un programa de actividades física lúdicas sobre los niveles de ansiedad en personas drogadictas en proceso de recuperación, según mediciones y grupos.
- Analizar los efectos de un programa de actividades físicas lúdicas sobre los niveles de autoconcepto (físico, social, familiar, emocional y académico) en personas drogadictas en proceso de recuperación según mediciones y grupos.
- Analizar los efectos de un programa de actividades físicas lúdicas sobre los niveles de depresión en personas drogadictas en proceso de recuperación según mediciones y grupos.

Conceptos claves: niveles, ansiedad, depresión, autoconcepto, actividades lúdicas, efectos, personas drogadictas.

Limitaciones: problemas físicos, cambios de humor, responsabilidades, ajustamientos, cansancio.

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

La ansiedad inducida por sustancias

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (2013), existen aproximadamente 14 tipos de ansiedades debido a situaciones particulares entre ellas la crisis de angustia, fobia social, trastorno de obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, estrés agudo, entre otras. Para esta tesis se analizará la ansiedad inducida por sustancias (consumo de drogas).

Para Canon (2002), la ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, la cual resulta muy adaptativa pues pone al organismo alerta ante una posible amenaza; sin embargo, a veces se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa), que se puede llegar a observar en cambios somáticos, algunos de los cuales son percibidos por el individuo; además, esta reacción, cuando es muy intensa, puede provocar una pérdida de control sobre la conducta normal.

La ansiedad provoca una disminución en la calidad de vida de la persona que la padece y esto tiene como consecuencia una pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial (Albarracín, Rovira, Carreras y Rejas, 2008).

La ansiedad inducida por sustancias presenta varias características para el diagnóstico entre ellas según el DSM-V (2013):

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que:
 - a. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
 - b. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes:

- a. La aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento).
 - b. Los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Además de los criterios mencionados, se presentan ciertos síntomas por la ansiedad inducida por consumo de sustancias entre ellos: falta de aire, taquicardia, insomnio, temblores extremos, náuseas y mareos (APA, 2010). El DSM-V (2013), amplía los síntomas y menciona otros como: temblores musculares, espasmos musculares, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Algunos síntomas somáticos como manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas, diarrea, problemas para tragar.

También existen criterios para determinar si una persona es o no dependiente de sustancias adictivas, entre estos criterios Secades y Fernández (2001) mencionan:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b. consumo de la misma sustancia (o de una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a diversos médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de ser consciente de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de ésta.

Los trastornos de ansiedad están relacionados con otros trastornos por ejemplo el consumo de sustancias (alcohol, drogas). Durante las últimas décadas, se ha observado que muchos pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad a menudo sufren de trastornos relacionados con sustancias (Wood, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Dongil, 2009).

Un estudio se encontró que los europeos que sufren de un trastorno de dependencia del alcohol presentan una mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad o un trastorno del estado de ánimo que quienes no presentan dependencia del alcohol. Asimismo, por ejemplo, quienes tienen dependencia del alcohol multiplican por 10,7 la probabilidad de padecer agorafobia; 6,8 para el trastorno de pánico, ó 6,7 para el trastorno depresivo mayor (Wood, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Dongil, 2009).

No sólo la ansiedad genera consumo de drogas, sino que el consumo y la abstinencia generan ansiedad. La relación entre ansiedad y consumo es bidireccional. Los policíclicos antidepressivos, los inhibidores de la monoamina oxidasa, las drogas parasimpaticomiméticas, las drogas antihipertensionales y, en general, todas las sustancias con acción directa sobre el sistema nervioso central también han sido relacionadas como causas de ansiedad (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994).

Según Ramirez, Vinaccia y Suárez (2004), la práctica de una actividad física de tipo aeróbica, en sesiones superiores a los treinta minutos, tendrían repercusiones importantes en la calidad de vida de los participantes que presentan problemas de ansiedad. Además en igual

medida Cassidy et al (2004), mencionan que las personas en general que realizan o que se suman a actividades físicas manifiestan niveles más bajos de ansiedad que personas sedentarias.

Para Guillamón (2008) la práctica de actividades físicas tienen un efecto beneficioso sobre la ansiedad y mejora el estado de ánimo. Estos efectos se han observado en diferentes edades (niños, jóvenes, adultos y ancianos) y en ambos sexos. Los beneficios se aprecian tras una sesión puntual de ejercicio y también con la práctica regular de actividad física.

Según Bhi y Fletcher (2000), además de Ströhle (2009) mencionan que la actividad física es beneficiosa en el alivio de los desórdenes de ánimo y los estados de ansiedad, además ayuda a aliviar las condiciones físicas que vienen asociadas a los síntomas del estado de ánimo. Pero tiene un factor beneficioso tanto en personas con ansiedad o depresión como en personas sanas.

Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz y Salazar (1991) realizaron 3 metanálisis independientes para determinar de manera cuantitativamente los efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Determinando que la mejor manera de reducir los niveles de la ansiedad era con actividades de tipo aeróbicas y con duraciones superiores a los 21 minutos. Además indican que la ansiedad-estado puede reducirse con la práctica de actividad física pero que la variable de rasgo necesita al menos 10 semanas para brindar cambios significativos.

Long y van Stavel (1995), recopilaron en un metaanálisis un total de 40 estudios, donde se determinó que al comparar mediciones pre y post en adultos existían efectos estadísticamente positivos en las personas que realizaban actividad física, con respecto al grupo control. Además las actividades fueron de tipo aeróbico, con duraciones superiores a los 20 minutos, tres veces por semana y durante 6 semanas.

Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez (2012) encontraron una correlación entre los niveles de actividad física y los niveles de ansiedad y depresión. Observando que a medida que la actividad física se incrementaba, las variables de ánimo (depresión y ansiedad) se reducían considerablemente.

Depresión

Otro de los trastornos mentales que afecta la calidad de vida y la salud mental de las personas es la depresión, la cual se describe como un hecho melancólico, un estado de agotamiento, sentimientos tristes o derrumbado. Esto es normal en periodos cortos por circunstancias ajenas, pero cuando esto se prolonga por meses e incluso años es aquí donde se vuelve un trastorno mental (Rogge, 2012).

La depresión es un problema psiquiátrico muy común y presente en cualquier etapa de la vida. Estudios Latinoamericanos y de otras regiones confirman, tanto su elevada frecuencia como la magnitud de la discapacidad que generan en las personas que lo padecen (Cueria, Oliva, Ortiz y Bauzá, 2011).

De acuerdo al DSM-V (2013) el trastorno de la depresión puede tener como consecuencia el suicidio (15% aproximadamente), por lo que personas con este trastorno y mayores de 55 años tiene una posibilidad 4 veces mayor de suicidio, además la prevalencia de este trastorno lo sufre más la mujer con un 5 a 9% y el hombre con 2 a 3%.

En los últimos años la depresión se convirtió en un objetivo prioritario en salud pública, esto debido al incremento en la prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costes económicos y sociales (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009). Es común que las personas con depresión presenten nivel bajos de autoestima, además de episodios de ira o insatisfacción general (Rogge, 2012). En el 2012 se contabilizaron 130 mil días de incapacidad por la depresión, generando un total de 3 mil millones de colones para la CCSS, lo cual año tras año lleva un aumento considerable por falta de adecuados controles y tratamientos (García, 2013).

Dentro de los criterios de diagnóstico de las personas que padecen de depresión se encuentran los siguientes según el DSM-V (2013):

- Un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades cotidianas.
- El episodio de la depresión no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo.
- Nunca se ha presentado episodios maníacos (estado de ánimo anormal de irritabilidad y que dure menos de una semana).

Entre los síntomas más comunes que presentan las personas depresivas se pueden citar según Rogge (2012):

Tabla 1.

Síntomas de la depresión.

Estado de ánimo irritable o mayoría de las veces	Pérdida de placer en actividades cotidianas
Dificultad para dormir o exceso de sueño	Cansancio o falta de energía
Cambios en el apetito	Sentimientos de inutilidad
Odio hacia sí mismo	Dificultad para mantener la concentración
Movimientos lentos	Sentimientos de culpa
Sentimientos de desesperanza	Pensamientos repentinos de muerte o suicidio

Entre las principales causas de la depresión se mencionan (Rogge, 2012):

1. Genética: se puede transferir de padre a hijo, debido a los genes.
2. Alcoholismo y drogadicción.
3. Afecciones y tratamientos médicos (ciertos tipos de cáncer).
4. Situaciones o hechos estresantes.

En un estudio realizado en España con un total de 261 mujeres que acudieron a los tribunales por drogas, se comprobó que existe una gran relación entre la depresión y un gran riesgo de consumo de drogas, ya que el 46% de las mujeres con depresión mayor empezaron a consumir crack en un tiempo no mayor a los 4 meses (Johnson et al., 2011).

Autoconcepto

Para Fuentes, García, Gracia y Lila (2011), el autoconcepto se describe como la percepción del individuo en sí mismo, y de las experiencias del mismo con los demás, este autoconcepto se enfoca en lo que el sujeto piensa de sí mismo desde la parte física, social y espiritual.

Según Vera y Zebadúa (2002), el autoconcepto se considera una necesidad humana y poderosa, básica para una calidad de vida, con un buen funcionamiento y para la autorrealización. Está relacionado con el bienestar en general, además muchos de los problemas psicológicos actuales como la depresión se relaciona con un autoconcepto bajo o defectuoso.

El autoconcepto es visto también como un importante correlato de bienestar psicológico y del ajuste social, varias investigaciones realizadas en este campo demostraron que personas que presentan un alto autoconcepto tienen conductas menos agresivas, mayor número de conductas sociales positivas, bajo nivel de desajuste emocional, por lo que no se alteran tan fácilmente ante la demanda del entorno y tienen niveles de depresión y ansiedad más bajos (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011); (Garaigordobil y Durá, 2006).

Cava, Murgui y Musitu (2008) mencionan, que existe una fuerte correlación inversa entre autoconcepto social y consumo de drogas, principalmente vista desde la etapa de la adolescencia donde hay presente más relación con personas con actitudes favorables hacia el consumo de drogas, por lo que tener el componente social alto y adecuado evita en medida el consumo de drogas.

El autoconcepto sirve de protector en el autoconcepto familiar y académico frente a comportamientos delictivos o consumo de drogas, ya que personas en general que presentan altos niveles de autoconcepto académico logran un mayor grado escolar y mejores calificaciones en las mismas (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

Se encuentra dividido en varios factores, entre estos se encuentran el físico, social, emocional, el académico y el familiar, el factor físico resulta ser un buen indicador de salud mental, ya que al mejorar la parte física del sujeto se logra un beneficio a nivel psicológico lo cual produce cambios positivos en los demás factores que comprenden el autoconcepto (Infante y Goñi, 2009).

Goñi y Infante (2010), menciona que existe una grande y fuerte relación entre el autoconcepto y la actividad física, donde esta última esta vinculada a la satisfacción con la vida y al autoconcepto físico. En un estudio con 408 personas de ambos sexos y luego de determinar el grado de actividad física de cada uno, se determinó que los participantes con mayor actividad físico-deportiva presentaban una relación positiva con respecto al autoconcepto físico y mayores niveles de satisfacción con la vida.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado el factor físico, dentro de las actividades físicas lúdicas se puede utilizar como una herramienta para mejorar el autoconcepto en todos los demás componentes y así con el tiempo ir mejorando la salud mental de los sujetos del estudio.

Actividades físicas lúdicas

La lúdica se entiende como una dimensión del desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. Este concepto tiende a ser muy amplio y complejo, ya que se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones (Reyes, 2011).

Dichas actividades fomentan el desarrollo psico-social, la conformación de la personalidad, evidencia valores, puede orientarse a la adquisición de saberes, encerrando una amplia gama de actividades donde interactúan el placer, el gozo, la creatividad y el conocimiento (Reyes, 2011).

La importancia que presentan las actividades físicas lúdicas sobre las personas es que poseen varios componentes que mejoran el área psicológica como por ejemplo:

- **Aspecto intelectual-cognitivo:** ya que se fomenta la observación, la atención, la fantasía, la imaginación, la iniciativa, los conocimientos, los hábitos, el potencial creador, las habilidades, entre otras.
- **Aspecto afectivo-emocional:** propicia el interés, el gusto por la actividad, el espíritu de solidaridad, el colectivismo, el dar y recibir, entre otras.
- **Aspecto volitivo-conductual:** desarrolla la iniciativa, la disciplina, el respecto, la perseverancia, la cooperación, la puntualidad, la regularidad, el compañerismo, la seguridad en sí mismo, la responsabilidad, la lealtad, entre otras (Reyes, 2011).

Es por estos aspectos que las actividades físicas lúdicas poseen una gran ventaja para lograr cambios positivos sobre los niveles de las variables antes mencionadas y así lograr una recuperación más efectiva y brindar una mejor calidad de vida a esta población meta.

La práctica constante de actividades física genera cambios psicológicos importantes en los sujetos que se una a ellas, provocando beneficios como un incremento de la voluntad y autocontrol, disminuyendo la ansiedad, el estrés y por ende reduciendo la depresión (Hernangil, Lastres y Valcárcel, 2011).

Brinda además mayor seguridad y confianza, independencia y control de la vida. Mejora la capacidad de respuesta ante miedos, angustias o decepciones, incorporando herramientas para controlar la resistencia ante frustraciones (Hernangil, Lastres y Valcárcel, 2011).

Valdemoros-San-Emeterio, Ponce-de-León-Elizondo y Gradaille-Pernás (2016) comentan que las actividades física (lúdicas) traen como aspectos positivo sobre la salud física, mental y

social, mejora del autoconcepto físico, beneficios psicológicos y emocionales, reducción de los niveles de estrés y depresión, así como un incremento en la capacidad cognitiva y de rendimiento general.

Hogares CREA

Ahora bien ya conociendo toda la teoría respectiva de cada una de las variables psicológicas y el tratamiento deseado que se aplicará se hablará muy superficialmente que son los hogares CREA:

La palabra CREA significa “Casa de Reeducción de Adictos”. Los Hogares Crea nacieron en Puerto Rico en 1968, gracias al esfuerzo de Juan José García, quien padeció también el yugo de la adicción. Los Hogares Crea se extendieron por toda la isla y luego se exportaron al resto de América Latina. Pero a Costa Rica llegaron hasta 1984 y hoy ya suman un total de 23 hogares que luchan por salvar a mujeres y hombres del alcoholismo y la drogadicción. Incluso atienden a menores de edad y a madres con hijos (Delgado, 2010).

El sistema de internamiento y tratamiento, primero que nada es voluntario, la persona se acerca la institución por su propia voluntad, no se ingresan pacientes bajo ningún mecanismo de presión ni a la fuerza, se es muy claro con el paciente, el cual está buscando la ayuda y con la misma familia que muchas veces lo acompaña, esto tiene que nacer, o sea la persona tiene que estar de acuerdo, tiene que reconocer su problema y buscar una alternativa solución que es en lo que se convierte el programa Hogares CREA (Delgado, 2010).

Entre las principales adicciones que se tratan en esta institución se encuentran problemas con el alcohol, drogas como consumo de marihuana, cocaína, anfetaminas, crack entre muchas otras (Delgado, 2010).

Los sujetos que ingresan al hogar CREA van pasando por diferentes estadios de reeducación, pasando diferentes tareas y terapias para avanzar hacia la rehabilitación completa. Cada uno de los estadios dura alrededor de 2 meses, pero si el sujeto realiza alguna falta puede ser regresado a estadios inferiores o a repetir por un tiempo del mismo. Existen tres grupos y en cada grupo 3 subestadios, por lo que se lleva el orden de grupo 1 hacia grupo 3, pasando por cada uno de los subestadios en cada grupo.

Entre las principales drogas que fueron consumidas por los sujetos del HOGAR y que les generan ansiedad por sustancias se encuentran: el alcoholismo, consumo de marihuana, crack, cocaína entre otras.

El alcoholismo constituye la toxicomanía de mayor relevancia a escala mundial por su prevalencia y repercusión. Además el alcoholismo es visto como una enfermedad crónica,

progresiva y fatal, caracterizada por tolerancia y dependencia física y por cambios orgánicos patológicos (Arias, 2011).

En América Latina, los indicadores de prevalencia de alcoholismo fluctúan entre 4 y 25% de la población adulta, existen unos 40 millones de alcohólicos y el 15% de los decesos se vinculan al uso desordenado del etanol (Arias, 2011).

La marihuana generalmente produce ansiedad, la intoxicación aumenta los síntomas de personas con trastornos previos de ansiedad. Su efecto no se limita a personas novatas en el consumo de esta droga, sino que se han observado ataques de pánico repentinos en consumidores habituales. Estos ataques de pánico son más frecuentes en personas que padecen este tipo de trastorno, o si la marihuana se ingiere (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994).

Capítulo III

METODOLOGÍA

Se realizó una intervención a través de actividades físicas lúdicas en el hogar CREA en Tibás para reducir los índices de ansiedad, de depresión y aumentar los niveles de autoconcepto en sujetos en proceso de recuperación de la drogadicción. Para ello se ha planeado la siguiente metodología.

El diseño del estudio fue cuasi experimental porque se cuenta con pre y post test y grupo control y de tratamiento, además también debido a que no fue posible asignar a los participantes de manera aleatoria a los grupos. Entre las razones que imposibilitaron aleatorizar los sujetos a los grupos destacan que los participantes del grupo experimental siempre permanecían en el hogar CREA (esto ayuda a evitar contaminación de los resultados), mientras que el grupo control contaba con la posibilidad de salir del centro a trabajar. La dinámica de ambos grupos era política del hogar que no podía modificarse. En cada grupo (control y experimental) esta conformado por una n de 7 participantes.

El diseño estadístico fue el siguiente:

G₁O X O

G₂O - O

O: mediciones. -: sin tratamiento.

G: grupos. X: tratamiento.

Para el análisis se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SSPS) en la versión 18.

Participantes:

Se contó con una muestra total de 14 sujetos, todos del género masculino. Los sujetos presentaban edades entre los 18 y los 42 años y eran pacientes del estadio 1 (grupo 1) y grupo 2 en el hogar CREA, además la población se escogió a conveniencia. Los participantes accedieron a la intervención de manera voluntaria.

Las personas participantes se encontraban en proceso de recuperación de la drogadicción, esto significa que estaban según el hogar CREA, en el estadio 1 (grupo 1), donde iniciaban el tratamiento farmacológico (una semana) y estaban en proceso de recuperación (este estadio dura 2 meses y luego, quien pasa una serie de requisitos, pasará al subnivel 1.1, otros niveles de

tratamiento, que en total son 3 subniveles, para subir posteriormente a grupo 2 y por último a grupo 3) para volver a la sociedad sin depender del consumo de drogas.

A través de cuestionarios y permisos se les explicó a los participantes que formarían parte de los grupos de estudio de manera voluntaria.

Instrumentos:

Se aplicó 3 cuestionarios para evaluar específicamente la depresión, la ansiedad y el autoconcepto, los cuales se describen a continuación:

1. Depresión: Inventario de depresión de Beck. Es un cuestionario que proporciona una estimación de la gravedad o intensidad de los síntomas de la depresión (abarca preguntas sobre pesimismo, culpabilidad, desesperanza, etc.). Consta de 21 ítems, con respuestas de tipo Likert 0 a 3 puntos. Con un marco temporal de tiempo actual y una semana previa (Candel, Olmedilla y Blas, 2008). Y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83 (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008), lo cual indica una adecuada confiabilidad.

En este test se valoran en cuatro áreas, a) Somática, b) Autoestima, c) Estado de Ánimo, d) Social. Una puntuación mayor o igual a 28 se considera una depresión grave; entre 23 a 27 puntos depresión moderada; entre 13 a 22 puntos se considera depresión leve, e inferior a 13 es ausencia de depresión según Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Ibergaray y Rocha (2010). Además presenta correlación test-retest que oscila entre 0.60 y 0.72, por lo cual se evidencia que tiene adecuada confiabilidad para cada área a valorar con el instrumento.

2. Ansiedad: cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Este tiene dos conceptos independientes de la ansiedad (estado y rasgo). Este cuestionario evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Consta de 40 ítems (20 ítems cada concepto), tiene una consistencia interna de 0.90-0.93 (estado) y de 0.84-0.87 (rasgo), además se presenta una fiabilidad test-retest 0.73-0.86 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011), siendo estos valores adecuados.

El participante contesta los ítems en una escala tipo Likert teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo, 2= bastante y 3= mucho. La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011).

3. Autoconcepto: el cuestionario AF5. Consta de 30 ítems. Está compuesto por 5 factores: académico, mide la percepción de la autoeficacia profesional o el aprendizaje; social,

mide las conductas del individuo con los demás; familiar, mide las relaciones y la dinámica familiar; emocional, asociado a los componentes más subjetivos e internos; por último el físico, mide la incidencia fundamental que tiene las aptitudes y la apariencia general del sujeto (Candel, Olmedilla y Blas, 2008).

La respuesta de dicho instrumento se realizará de acuerdo a una validación hecha en Chile en la cual se contesta usando una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, donde 1= total desacuerdo y 5= total acuerdo (Véliz y Apodaca, 2012).

Por último cada uno de los factores tiene reportados los siguientes coeficientes de Cronbach: Social; 0.76. Académico; 0.80. Emocional; 0.78. Familiar; 0.60. Físico; 0.72 (Véliz y Apodaca, 2012). Por tanto según los anteriores, el instrumento tiene confiabilidad adecuada.

Procedimientos:

Se visitó las instalaciones del hogar CREA en Tibás para solicitar el permiso necesario para poder realizar la intervención en la institución, donde se explicó claramente lo que se pretende llevar a cabo.

Con el aval de la institución se explicó a las personas participantes en qué consistía la intervención y se les pasó un consentimiento informado para que lo completarán y de esta manera se les aclara que participan de forma voluntaria.

De acuerdo a las personas que se unieron a la intervención, se les pasó de forma individualizada los diferentes cuestionarios antes mencionados para que los completaran y ante una eventual duda o situación confusa se atendió de inmediato. Los cuestionarios se realizaron en las instalaciones del hogar CREA.

Una vez establecido los grupos se realizó una intervención a través de actividades físicas lúdicas utilizadas como tratamiento en el hogar CREA en Tibás para reducir los niveles de ansiedad, de depresión y aumentar los niveles de autoconcepto en la población meta.

La intervención se realizó en sesiones por semana (3 veces por semana) durante un tiempo de 45 a 60 minutos de actividades físicas lúdicas dentro del hogar CREA. La duración total del tratamiento fue de 7 semanas en total, después de este tiempo se evaluó de nuevo los cuestionarios para poder compararlos con los iniciales y establecer las diferencias en las variables mencionadas.

El tratamiento de intervención tuvo una duración de 7 semanas y al llegarse a este tiempo, se aplicaron de nuevo los cuestionarios, tanto al grupo control (n=7) como al experimental (n=7). Este tiempo se estableció debido a que en la institución la cantidad de los sujetos de la muestra están en el estadio 1 (grupo experimental).

Se le ofreció a los sujetos del grupo control la posibilidad de un probable beneficio participando del programa, con sesiones adicionales para ellos, después del post test. Sin embargo no hubo interés para participar o presentaron alguna situación dentro del acontecer de rutina del hogar que les impide participar (por ejemplo; altos grados de responsabilidad en el hogar, trabajos pendientes en la rehabilitación).

Durante el tiempo que el grupo experimental realizó las actividades establecidas para el tratamiento, cabe mencionar que la población es cautiva en el hogar CREA, lo cual permite mayor control de variables externas, el grupo control no puede participar o realizar otras actividades fuera de la intervención.

En cada sesión se inició con un calentamiento de 10 minutos efectuando ejercicios de movimientos articulares. Después de este tiempo se llevó a cabo actividades lúdicas (juegos deportivo-recreativos y juegos lúdicos) donde la idea era disminuir la ansiedad y la depresión en los participantes, además de aumentar los factores del autoconcepto. También se adecuó las actividades para promover valores de liderazgo, respeto, autocontrol y compañerismo (aspectos solicitados por el hogar). Al finalizar las sesiones se llevo acabo actividades para volver a la calma con duraciones de 10 minutos.

Las actividades físicas lúdicas que se realizaron salieron de juegos ya establecidos en bases de datos sobre juegos lúdicos, las cuales tienen sus propios diseños de aplicación, las características que tuvieron las actividades fueron la de fomentar ciertos valores antes mencionadas y se eligieron estos debido a que se pretende ayudar a la unión de los participantes y evitando siempre reacciones agresivas entre los mismos.

Cuando se cumplió las 3 sesiones de la primera semana, se fueron realizando los juegos de manera aleatoria durante la semana 2 y después de este tiempo se analizarán cuáles fueron los juegos más gustados y los que no tuvieron gran aceptación, con el fin de cambiarles algunas reglas o agregarles algo para que los participantes puedan hacerlas sin problemas.

Análisis estadístico:

Se realizó un análisis descriptivo en el que se obtuvieron los promedios y desviaciones típicas en relación a las variables dependientes (depresión, ansiedad estado-rasgo y autoconcepto).

Se realizó 4 ANOVA de dos vías mixta, para comparar los datos pre y post según grupos (control y experimental). Se hizo estos modelos de ANOVA por cada una de las variables dependientes: depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo y autoconcepto.

De forma complementaria se calculó el porcentaje de cambio entre mediciones pre y post para ambos grupos en cada una de las variables dependientes. La fórmula que se utilizó fue: $((\text{medición 2} - \text{medición 1}) / (\text{medición 1}))$ y multiplicado por 100. Así mismo, se calculó el tamaño de efecto de las interacciones entre grupos y mediciones en cada variable dependiente, mediante el cálculo del omega al cuadrado (ω^2). El valor de α (alfa) para la toma de decisiones fue de $p < 0.05$

Nota: todos los análisis mediante ANOVA, cumplieron con los supuestos de normalidad de acuerdo con las siguientes pruebas: prueba de Box, sobre igualdad de las matrices de covarianzas; prueba de esféricidad de Mauchly, y el contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas de error.

Capítulo IV

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se detalla en tablas los resultados obtenidos después del tratamiento de actividades físicas lúdicas aplicadas a los participantes, en ellas se observan los promedios y desviaciones estándar de las mediciones y grupos.

Además de los datos de la significancia según cada una de las variables en relación a las mediciones, grupos y la interacción entre ellas. Se analizó la interacción entre los grupos y las mediciones de la variable ansiedad estado, la cual tuvo una significancia estadística positiva en el grupo experimental. Y por último un gráfico que ilustrar el cambio que se presentó en la variable de ansiedad estado al comparar las mediciones según los grupos.

Tabla 2.

Resultados de promedios y desviaciones estándar de las mediciones pre y post de acuerdo a cada una de las variables dependientes y grupos independientes

Variable dependiente	Control (n=7)			Experimental (n=7)		
	<u>Pre</u>	<u>Post</u>	<u>Total</u>	<u>Pre</u>	<u>Post</u>	<u>Total</u>
Depresión	13.14 ±10.96	10.86 ±8.86	12.93 ±10.09	12.71 ±10.03	9.43 ±7.16	10.14 ±7.77
Ansiedad estado	22.43 ±5.68	27.14 ±4.98	22.78 ±8.95	23.14 ±11.88	19.86 ±9.35	23.50 ±8.13
Ansiedad rasgo	27.14 ±9.41	31.28 ±7.59	29.57 ±9.83	32.01 ±10.36	27.43 ±7.02	29.36 ±7.30
Autoconcepto	113.14 ±22.94	115.57 ±18.36	110.50 ±18.85	107.86 ±15.07	100.01 ±10.46	105.78 ±15.56

En la tabla 2 se puede observar los promedios y desviaciones estándar para cada una de las variables dependientes presentes en este estudio, así como su comparación en grupos y mediciones. Permitiendo de esta manera visualizar los cambios que se presentaron en ellas con el fin de determinar el efecto de las actividades físicas lúdicas en los participantes.

Tabla 3.

Resultados de la F y la significancia de acuerdo a mediciones, grupos y la interacción de ambas, en relación a las variables dependientes

Variable dependiente	Mediciones		Grupo		Interacción	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Depresión	1.21	.293	0.05	.833	0.04	.847
Ansiedad estado	0.15	.701	0.63	.443	4.86	.048*
Ansiedad rasgo	0.01	.922	0.01	.905	4.09	.066
Autoconcepto	0.88	.365	1.17	.300	0.39	.542

*Nota: * significancia <.05*

De acuerdo con los resultados del análisis de varianza que se presentan en la tabla 3, cuya estadística descriptiva aparece en la tabla 2, existió interacción estadísticamente significativa (95% de confianza) entre grupos y mediciones en la variable ansiedad estado, mientras que en la ansiedad rasgo se encontró evidencia de esta interacción pero con menos confianza (aproximadamente 93%).

El cálculo estadístico del tamaño de efecto (omega cuadrado) para las interacciones de las cuatro variables dependientes mostró los siguientes resultados: en depresión $\omega^2=0\%$, en ansiedad estado $\omega^2=4.61\%$, en ansiedad rasgo $\omega^2=5.06\%$ y autoconcepto $\omega^2=0\%$. Como puede observarse, el efecto de interacción en depresión y autoconcepto es nulo, mientras que en ansiedad estado y rasgo dicho efecto es similar, rondando el 5%. Pero como se ha mencionado previamente, el efecto observado en ansiedad estado tiene mayor confianza, por lo tanto, se decidió examinar en detalle, mediante analisis post hoc, la interacción de grupos y medición para esta variable.

Tabla 4.

Análisis post hoc de efectos simples para la interacción entre grupos y mediciones en la variable de ansiedad estado

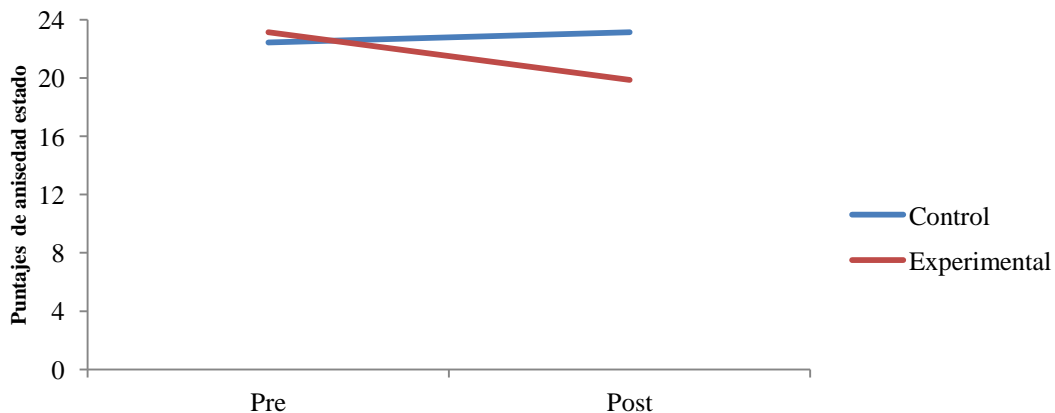
Fuente de varianza	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F
Control vs exp pre	1	1.79	1.79	0.08
Control vs exp post	1	185.79	185.79	8.07*
Pre vs post control	1	6522.95	6522.95	283.16*
Pre vs post exp	1	4879.36	4879.36	211.81*
Error	12		23.04	

* Nota: diferencias estadísticamente significativas ajustadas (F para 1 y 12 gl para $\alpha=.05$ ajustada=7.61), para controlar la posibilidad de efecto de inflación de la probabilidad de error tipo 1.

De acuerdo con los resultados del post hoc (análisis de efectos simples), y que se muestra en la tabla 4, y según se ilustra en el gráfico 1, existió diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos solamente en el post test y además, existió cambios significativos entre el pre y el post para ambos grupos. De acuerdo con los resultados del cálculo del porcentaje de cambio, el grupo control aumentó 21.02% su promedio de ansiedad estado, mientras que el experimental presentó una disminución de un 14.20%.

Gráfico 1.

Interacción entre mediciones (pre y post) y grupos de la variable ansiedad estado



Nota: diferencias significativas (F para 1 y 12 gl para $\alpha=.05$ ajustada=7.61) entre grupos en el post test y entre mediciones para ambos grupos.

En el gráfico 1 se aprecia la diferencia que se presentó entre las mediciones pre y post según grupos, por lo cual el grupo experimental presentó una disminución significativamente positiva al compararla con el grupo control.

Capítulo V

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos señalan que sí existe un efecto estadísticamente significativo que se puede atribuir al programa de actividades lúdicas, en la población de drogadictos en proceso de recuperación, que participaron del estudio, pero dicho efecto solo se observó en una de las variables dependientes, siendo está la ansiedad, arrojando datos superiores los participantes del grupo control, lo cual se asemeja a lo descubierto por Cassidy et al (2004) donde se menciona que las personas en general que realizan o que se suman a actividades físicas manifiestan niveles más bajos de ansiedad que personas sedentarias.

La ansiedad se puede definir con una emoción en respuesta típica a un estado de estrés en que se percibe una amenaza o algo a fin, pero también puede entenderse como un estado anímico que puede variar en corto tiempo, pero existen casos de individuos que pueden desarrollar un desorden psicofisiológico que les provoque un trastorno de ansiedad (DSM-V, 2013; Weinberg y Gould, 2015). Ya se trate de una respuesta o un estado anímico no patológico, existen evidencias que relacionan a la ansiedad con problemas de salud psicosomáticos.

Ramírez, Vinaccia y Suárez (2004) indican que la práctica de una actividad física de tipo aeróbica, en sesiones superiores a los treinta minutos, tendrían repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes que presentan problemas de ansiedad. Por lo que actividades físicas lúdicas empleadas en este estudio pueden reducir los niveles de ansiedad y generar una mejor calidad de vida.

Para Guillamón (2008) la práctica de actividades físicas tienen un efecto beneficioso sobre la ansiedad y mejora el estado de ánimo. Estos efectos se han observado en diferentes edades (niños, jóvenes, adultos y ancianos) y en ambos sexos. Los beneficios se aprecian tras una sesión puntual de ejercicio y también con la práctica regular de actividad física, esto concuerda con los resultados obtenidos en este estudio donde se observan cambios significativos en los sujetos en la ansiedad-estado después de una intervención de actividades físicas lúdicas.

Los principales efectos fisiológicos que produce la ansiedad se ven disminuidos con actividades física regulares, ya que ésta permiten a la persona beneficios fisiológicos como: a nivel físico un mejoramiento en la función cardiovascular, metabólica, pulmonar, inmunitaria y a nivel psicológico brindar una sensación de bienestar general, ya que se produce una liberación importante de endorfinas y de neurotransmisores (Wilson-Escalante, Sánchez-Rodríguez y Mendoza-Núñez, 2009).

La actividad física regular permite una gran reducción en los niveles de ansiedad y además produce un efecto protector ante problemas emocionales a largo plazo. El mantenerse activo es bueno para la salud física del cuerpo, ya que brinda una sensación de buen humor. Esto debido a que en la actividad física ayuda a liberar endorfinas en el cerebro, que son los analgésicos naturales del cuerpo. Además, anula los posibles efectos de la inactividad. Por ende, ayuda a eliminar el cortisol acumulado y produce relajación muscular. Se recomienda que la actividad física se tanto de manera anaeróbica como aeróbica, con una duración de al menos 30 minutos y con una frecuencia por semana de 3 veces por semana (Díaz, 2015).

La realización de actividad física puede eliminar la ansiedad, la tensión y el estrés bajo condiciones de presión. La realización constante de ejercicio como una técnica para el manejo del estrés tiene como beneficio la mejora el estado de ánimo, incrementar la autoestima y reducir las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés. Además, cuanto mayor sea la destreza en el ejercicio, mayor será la apreciación de la calidad de vida y el auto descubrimiento mediante el ejercicio (Berger, 1994).

Según Bhi y Fletcher (2000), además de Ströhle (2009) mencionan que la actividad física es beneficiosa en el alivio de los desórdenes de ánimo y los estados de ansiedad, además ayuda a aliviar las condiciones físicas que vienen asociadas a los síntomas del estado de ánimo. Pero tiene un factor beneficioso tanto en personas con ansiedad o depresión como en personas sanas.

Petruzzelo, Landers, Hatfield, Kubitz y Salazar (1991) realizaron 3 metanálisis independientes para determinar de manera cuantitativamente los efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Determinando que la mejor manera de reducir los niveles de la ansiedad era con actividades de tipo aeróbicas y con duraciones superiores a los 21 minutos. Además indican que la ansiedad-estado puede reducirse con la práctica de actividad física pero que la variable de rasgo necesita al menos 10 semanas para brindar cambios significativos.

Una recopilación en un metanaálisis con 40 estudios, determinó que el entrenamiento físico tiene efectos positivos sobre la ansiedad. En cada estudio se comparó la medición pre y post. Los tamaños de efecto fueron .45 y .36 respectivamente. Por lo que los adultos que realizaron el plan de entrenamiento aeróbico tuvieron beneficios al comparar al grupo control. Las actividades físicas fueron realizadas por al menos 20 minutos, 3 veces por semana y con duración de 6 semanas (Long y van Stavel, 1995).

En un estudio realizado por Iglesias, Olaya y Gómez (2014) en pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión, obtuvieron que al realizar sesiones de actividades físicas (caminatas ligeras) con diversas intensidades (baja, moderada e intensa), con una frecuencia de 3 a 5 veces por semana con duraciones de 40 a 60 minutos, los participantes mostraron una diferencia significativamente positiva al comparar las mediciones. Este estudio se parece al utilizado en el

hogar, ya que la frecuencia y las intensidades fueron parecidas y en además en ambas se obtienen cambios significativos en los participantes.

En una investigación realizada a adolescentes, Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez (2012) encontraron una correlación entre los niveles de actividad física y los niveles de ansiedad y depresión. Observando que a medida que la actividad física se incrementaba, las variables de ánimo (depresión y ansiedad) se reducían considerablemente. Por lo que la realización de actividad física ya sea desde la adolescencia como en adultos provoca un cambio positivo en los niveles del estado de ánimo, concordando con los datos obtenidos en esta intervención de actividades físicas lúdicas.

La práctica constante de actividad física en general produce descensos o alivios en los niveles de ansiedad, estrés y/o depresión, ya que proporciona mejoras en la autoimagen, autoconcepto, autoconfianza y la sensación de control, la estabilidad emocional y esto beneficia a los participantes que llevar a cabo dichas actividades. Por lo que esto concuerda con los resultados de éste estudio, ya que los niveles de la ansiedad (estado) tuvieron una diferencia significativa y esto permite a los sujetos una mejora en su meta de tratamiento contra la drogadicción (Caracuel y Arbinaga, 2012).

Olmedilla, Ortega y Candel (2010) realizaron una investigación donde los participantes de la muestra fueron 371 mujeres universitarias con edades entre los 18 y 52 años. Lo que realizaron fue una investigación donde determinaron que las mujeres que practicaban algún tipo de actividad física presentaban valores inferiores en ansiedad y depresión al ser comparadas con mujeres que no realizaba ningún tipo de actividad en su vida cotidiana.

González, Núñez y Salvador (1997) analizaron el efecto de la actividad física sobre la condición física y el bienestar psicológico en 26 mujeres sedentarias y fumadoras, con edades entre los 17 y 28 años, donde un grupo experimental (n=14) llevo acabo actividades aeróbicas mientras que el control (n=12) no realizó ningún tipo de actividad. La intervención tuvo una duración de 4 semanas con 3 sesiones por semana. Obteniendo resultados positivos en la condición física y ansiedad cognitiva las participantes del grupo experiemntal y además una reducción en el consumo de drogas.

Con relación a lo obtenido por González, Núñez y Salvador (1997) donde se encontró reducción en la ansiedad y mejora de la condición física, se asemeja a la intervención realizada en dicha tesis, ya que la metodología usada además del tipo de población son similares. Por lo que actividades físicas pueden mejorar y reducir tanto la ansiedad y el consumo de sustancias en personas activas.

Akandere y Tekin (2004) usaron una muestra de 60 participantes, de ambos sexos, formados en dos grupos; control y experimental. Al grupo experimental se le aplicó una intervención de actividades físicas, durante 30 minutos y con una duración de 6 semanas. Al finalizar el tiempo de actividades se determinó que las mujeres presentan más ansiedad que los hombres, pero la intervención logró una disminución de la ansiedad del grupo experimental al compararlo con el grupo control. Por lo que la realización de actividad física puede influir en la reducción de los niveles de la ansiedad, como lo fue en esta intervención realizada en el hogar CREA.

La actividad física debe ser promovida independientemente de su impacto en la salud mental, ya que conlleva una reducción significativa de los riesgos para una serie de enfermedades y trastornos para todos los sectores de la sociedad. Existe la necesidad de la promoción de la actividad física en el público en general, ya que podría ser una herramienta disponible y más económica que otros tratamientos para mejorar el estado de ánimo, la satisfacción con la vida, la interacción social y la calidad de vida. Además, también hay evidencia suficiente para apoyar el uso del ejercicio en el tratamiento de la depresión, la ansiedad y el estrés. Las intervenciones de tratamiento deben ser probadas y probadas para determinar la rentabilidad en los entornos de campo (Fox, 1999).

Grao-Cruces, Nuviala, Fernández-Martínez y Martínez-López (2015) realizaron un estudio transversal a un total de 1897 adolescentes españoles, utilizando cuestionarios validados para esta población, obteniendo como resultado que la adherencia o realización de actividad física tiene una asociación positiva en una alimentación sana. Siendo esta relación inversa con el consumo de tabaco, pero la realización de actividades sedentarias como ver televisión por largos periodos generaba resultados negativos. Por lo que se concluye que realizar actividad física brinda una mejor conducta alimentaria y ayuda a reducir el consumo de tabaco y alcohol.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

Las actividades físicas lúdicas lograron efectos estadísticamente significativos sobre los niveles de ansiedad estado (95% de confianza) y rasgo (93% de confianza), en adultos en proceso de recuperación.

No se encontró efectos estadísticamente significativos del programa sobre el autoconcepto de las personas participantes del estudio.

Tampoco se encontró efectos estadísticamente significativos del programa de actividades físicas lúdicas sobre el autoreporte de estado de ánimo depresivo en las personas participantes.

Tras los datos obtenidos, una intervención de actividades físicas lúdicas en un centro de rehabilitación para personas drogadictas puede ser una idea adecuada, ya que se logró observar cambios estadísticamente positivos en la ansiedad, además de una mejoría en la interacción de cada uno de ellos en el HOGAR.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones se recomienda aplicar este tipo de intervenciones en poblaciones femeninas, en este caso no fue posible porque el HOGAR de donde se recolectó la muestra es solo de hombres.

Es importante mantener una gran motivación en esta población, ya que esto ayuda a que deseen participar y no busquen algún tipo de justificación para evitar hacer las actividades.

Se puede implementar algún tipo de gafete con los nombres de los participantes, esto les permite sentirse “importante en el grupo”, además que les brinda una herramienta tanto a los participantes como a los evaluadores, para conocer los nombres.

En las actividades es necesario explicar al menos 2 ó 3 veces cada actividad, tratando de usar palabras pequeñas y sencillas para evitar confusiones. Y también hacer 2 intentos de prueba para determinar el estado de entendimiento de la actividad.

Evitar actividades confusas o donde se necesite mucho contacto físico (brusco), para no tener problemas con los participantes o entre ellos.

Alternar entre materiales permite una mayor participación por parte de la población, ya que al ver diferentes objetos y colores les llama la atención. También se puede hacer más actividades con los materiales más aceptados (ejemplo: las bolas de plásticos, los ula-ulas, los globos entre otros).

Se pueden realizar este tipo de actividades físicas lúdicas como terapia dentro del HOGAR, ya que le permite a los rehabilitados una relación social, una distracción ante las otras terapias (que son más metodológicas) y les permite ser ellos mismos en juegos o actividades divertidas.

Capítulo VIII

Referencias Bibliográficas

- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological research*, 1(1), 34-39. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>
- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L. y Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de la ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(3), 165-176. Recuperado desde <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/51/ESP/9-51-ESP-165-176-367016.pdf>
- Akandere, M. y Tekin, A. (2004). Efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad. *PublicE Standard*. Recuperado desde <https://g-se.com/es/journals/public-standard/articulos/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478>
- Arias, M. (2011). Alternativas de actividades físico-educativas para disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en el Adulto Mayor de la comunidad “Nuevo Manzanillo”, provincia Granma. *Portal deportivo La Revista*. 4(24), 1-22. ISSN 0718-4921.
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2010). *Trastorno de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado desde <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Asociación Americana de Psicología (APA). (2012). *Cómo comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento*. Recuperado desde <http://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx>
- Barrantes, A. (2013) (20/03/2013). Depresión encabeza causas de incapacidades en Costa Rica. *Periódico La Nación, sección El País*. Recuperado desde <http://www.nacion.com/2013-03-20/ElPais/Depresion-encabeza-causas-de-incapacidades-en-Costa-Rica.aspx>

- Berger, B.G. (1994). Enfrentando el estrés: La efectividad del ejercicio y otras técnicas. Búsqueda. Champaign, Illinois: *Human Kinetics Publishers*. 46:100-109. Recuperado desde <http://dx.doi.org/10.1080/00336297.1994.10484112>
- Bhui, K. y Fletcher, A. (2000). Estados de humor y ansiedad comunes: diferencias de género en el efecto protector de la actividad física. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 35:35-28. DOI: 10.1007/s001270050005
- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relación entre la práctica de actividad física y autoconcepto, la ansiedad y depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-77. ISSN: 1578-8423. Recuperado desde <http://revistas.um.es/cpd/article/view/54541/52551>
- Cano-Vindel, A. (2011). *Salud*. Recuperado desde <http://www.ansiedadystres.org/salud>
- Cano-Vindel, A. (2002). *Trastorno de la ansiedad*. Recuperado desde <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/index.htm>
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H. y Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), 145-156. Recuperado desde http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf
- Caracuel, J. y Arbinaga, F. (2012). Repercusión del ejercicio físico sobre la salud. *Apuntes de Psicología*. 30, 547-554. Recuperado desde <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/432/352>
- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Flicker, L., Lautenschlager, N. T. y Almeida, O. P. (2004). Asociación entre los factores del estilo de vida y las medidas de salud mental entre las mujeres mayores de la comunidad. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 940–947. DOI:10.1080/j.1440-1614.2004.01485.x.
- Cava, M., Murgui, S., y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389- 395. Recuperado desde <http://www.psicothema.com/pdf/3497.pdf>.

- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray, M. y Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 127-134. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718.48082010000100012>.
- Cueria B., J., Oliva R., S., Ortiz R., L. y Bauzá Z., S. (2011). Programa educativo para capacitar a los adultos mayores en torno a la depresión oculta. Manzanillo. *Multimed*, 16(1), 1-12. Recuperado desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2012/mul121g.pdf>
- Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Juventudes Costa Rica 2013*. Recuperado desde <http://www.cpj.go.cr/investigacion-opj/segunda-encuesta-nacional-de-juventudes>
- Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas-Costa Rica. (2006). *Consumo de drogas en Costa Rica resultados de la encuesta nacional 2006*. Recuperado desde <http://www.iafa.go.cr/investigaciones/epidemiologica/ENCUESTA%20NACIONAL%20SOBRE%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20en%20Costa%20Rica%202006.pdf>
- Delgado, G. (2010). *Hogares CREA*. Recuperado desde http://canara.org/index.php?option=com_content&view=article&id=225:hogares-crea&catid=903&Itemid=16htm
- De Mello, M., Aquino, V., Moreira, H., Bittencourt, L., Santos-Silva, R. y Tufik, S. (2013). Relación entre actividad física y síntomas de depresión y ansiedad: un estudio poblacional. *Journal of Affective Disorders*. 149, 241-246. DOI:10.1016/j.jad.2013.01.035.
- Díaz, G. (2015). *Ejercicio físico: el tratamiento natural para la ansiedad por excelencia*. Recuperado desde <http://www.tratamientoparatuansiedad.com/ejercicio-fisico-el-tratamiento-natural-para-la-ansiedad-por-excelencia/#commentform>
- Fox, K. (1999). La influencia de la actividad física en el bienestar mental. *Public Health nutrition*. 2, 411-418. <https://doi.org/10.1017/S1368980099000567>.

- Fuentes, M., García, J., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Revista Anual de Psicología*, 23(1), 7-12. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717207002>
- Garaigordobil, M. y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 37-64. Recuperado desde <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/2132/2107>
- García, D. (2013). *Casos de depresión aumentan cada año, Costa Rica no es el país más feliz del mundo*. CRHoy, Nacionales, Salud. Recuperado desde <http://www.crhoy.com/archivo/casos-de-depresion-aumentan-cada-ano-costa-rica-no-es-el-pais-mas-feliz-del-mundo/nacionales/>
- Grao-Cruces, A., Nuviala, A., Fernández-Martínez, A. y Martínez-López, E.J. (2015). Relación de actividad física y sedentarismo con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes españoles. *Nutr Hosp*. 2015; 31:1693-1700. DOI:10.3305/nh.2015.31.4.8256.
- González, E., Núñez, J., Salvador, A. (1997). Efectos de un programa de entrenamiento sobre el estado de ánimo y la ansiedad en mujeres sedentarias. *Psicothema*, 9, 487-97. Recuperado desde <http://www.psicothema.com/pdf/120.pdf>
- Goñi, E. y Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*. 3(2); 199-208. DOI:10.1989/ejep.v3.i2.60.
- Guillamón, N. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos en Barcelona y Madrid. Especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Recuperado desde <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/prevencion-de-la-ansiedad/ansiedad-y-ejercicio-fisico/>
- Hernangil, E., Lastres, J. y Valcárcel, P. (2011). Actividad físico-deportiva en el tratamiento de las drogodependencia. Recuperado desde

http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/Actividad_Fisica_drog.pdf

Herrera-Gutiérrez, E., Brocal-Pérez, D., Sánchez, D. y Rodríguez, J. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuaderno de Psicología del Deporte*, 12, 31-38. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227028254005>

Iglesias, B., Olaya, I. y Gómez, M. (2014). Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión. *Atención primaria*, 47, 428-437. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.003).

Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 49-62. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17512723004>

Johnson, J., O'Leary, C., Striley, C., Abdallah, A., Bradfors, S. y Cottler, L. (2011). *Depresión y consumo de drogas*. Recuperado desde <http://www.neurologia.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=2989>

Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Autoconcepto y autoestima*. Recuperado desde <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Autoconcepto%20y%20autoestima.doc>.

Long, B. y van Stavel, R. (1995). Efecto del entrenamiento de ejercicio en la ansiedad: un meta-análisis. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 167-189. <http://dx.doi.org/10.1080/10413209508406963>.

López, P. (2011). *Ansiedad*. Recuperado desde http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc12778.pdf

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). (2013). *Trastornos de la ansiedad*. 138-142. Barcelona, España: Masson S.A.

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). (2013). *Trastornos del estado de ánimo: trastorno depresivo*. 104-108. Barcelona, España: Masson S.A.
- Marquez, S. y Garatachea, N. (2013). *Actividad física y salud*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A. <http://www.funiber.org>
- Navarrete, V. (2002). *Aspectos epidemiológicos sobre salud mental en Costa Rica*. Recuperado desde <http://www.psico.ucr.ac.cr/documentos/Presentacion%201.pdf>
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. *Apunts Med Esport*, 45, 175-80. Recuperado desde <http://www.apunts.org/es/ansiedad-depresion-practica-ejercicio-fisico/articulo/13154562/>
- Otero de la Cruz, O. (2012). *Ansiedad y consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. Recuperado desde <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31641/1/oterodelacruzocar.pdf>.
- Ortega-Pérez, C., Lobo da Costa-Júnior, M. y Pereira V., G. (2011). Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19. 665-672. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968002>
- Petruzzello, S., Landers, D., Hatfield, B., Kubitz, K. y Salazar, W. (1991). Un metanálisis sobre los efectos reductores de la ansiedad del ejercicio agudo y crónico. Resultados y Mecanismos. *Sport Medicine*, 3, 143-182. DOI:10.2165/00007256-199111030-00002.
- Ramirez, W., Vinaccia, S. y Suárez, G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de estudios sociales*, 18, 67-75. Recuperado desde <http://edu-fisica.com/Revista-12/Impacto-actividad-fisica.pdf>
- Raventós, H. (2012) (11/10/2012). Protección de la salud mental en Costa Rica. *Periódico La Nación, sección opinión*. Recuperado desde <http://www.nacion.com/2012-10-11/Opinion/Proteccion-de-la-salud-mental-en-Costa-Rica.aspx>

- Reyes, P. (2011). *Actividades lúdicas*. Recuperado desde <http://es.scribd.com/doc/56163013/ACTIVIDADES-LUDICAS>
- Rodríguez, C. (2017). Análisis de la percepción de los docentes sobre la drogación. *Revista Publicando*, 4(1), 458-474. Recuperado desde <http://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/view/453>
- Rodríguez, I. (2016). *10% de la población vive con ansiedad o depresión*. Periódico La Nación. Vivir. Recuperado desde http://www.nacion.com/vivir/psicologia/poblacion-vive-depresion-ansiedad_0_1554444551.html
- Rodríguez, I. (2016). Marihuana desplaza al tabaco entre colegiales de Costa Rica. Periódico La Nación. Vivir. Recuperado desde http://www.nacion.com/vivir/medicina/Marihuana-desplaza-tabaco-colegiales-costarricenses_0_1554844539.html
- Rogge, T. (2012). *Depresión*. Recuperado desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>
- Secades, R. y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380. Recuperado desde <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (2011). *STAI, cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones S.A.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 116(6):777–784. DOI:10.1007/s00702-008-0092-x.
- Valdemoros-San-Emeterio, M., Ponce-de-León-Elizondo, A. y Gradaille-Pernas, R. (2016). Actividad física de Ocio Juvenil y Desarrollo Humano. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2); 45-51. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235149102008>

- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(1), 49-53. Recuperado desde <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+12-1227.pdf>
- Véliz, A. y Apodaca, P. (2012). *Dimensiones del autoconcepto de estudiantes chilenos: un estudio psicométrico*. Recuperado desde <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=19823.pdf>
- Weinberg, R. y Gould, D. (2015). *Fundamentos del deporte y la psicología del ejercicio*. 6th Edition. Human Kinetics.
- Vera, M. y Zebadúa, I. (2002). Contrato pedagógico y autoestima. Ciudad de México D.F.: *Colaboradores Libres*. Recuperado desde <http://www.salgadoanoni.cl/wordpressjs/wp-content/uploads/2013/12/CONTRATOPEDAGOGICOYAUTOESTIMA-IZebedua-15oct02.pdf>
- Wilson-Escalante, L., Sánchez-Rodríguez, M. y Mendoza-Núñez, V. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio explorativo. *Rev Fac Med UNAM*, 52(6), 244-247. Recuperado desde <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/14812/14112>
- Wood, C., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A. y Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 213-231. Recuperado desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
 b. Me siento triste.
 c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 c. Siento que no tengo nada que esperar.
 d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.
 b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.
 b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 c. Me siento culpable casi siempre.
 d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que este siendo castigado.
 b. Creo que puedo ser castigado.
 c. Espero ser castigado.
 d. Creo que estoy siendo castigado.

7. a. No me siento decepcionado de mi mismo.

- b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
- 8.
- a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.

- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Muchas gracias.

ANEXO 2

Escalas Aplicadas
AF 5
Fernando García y Gonzalo Musitu (1999)
ESCALA DE AUTOCONCEPTO

INSTRUCCIONES

Este cuestionario intenta recoger sus opiniones y actitudes ante diversas cuestiones relativas a sus estudios, sus relaciones sociales, entre otras. Como opiniones son tus opiniones, no se trata de acertar o fallar con sus respuestas, sino de responder con sinceridad y precisión sus opiniones que, como tales, tienen un interés especial para nosotros.

A continuación encontrará una serie de frases. Lea cada una de ella cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 5 según su grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase. El '1' implica TOTAL DESACUERDO (TD) y el '5' implica TOTAL ACUERDO (TA).

Por ejemplo, si una frase dice "La música ayuda al bienestar humano" y Usted está totalmente de acuerdo, contestará con un valor alto: el 5. Vea cómo se anotaría en la hoja de respuestas:

"La música ayuda al bienestar humano". 1 2 3 4 (5)

De lo contrario, si usted está totalmente en desacuerdo, elegirá un valor bajo, por ejemplo el 1, y lo anotará en la hoja de respuestas de la siguiente manera:

"La música ayuda al bienestar humano". (1) 2 3 4 5

Los valores 2, 3 y 4 deberá utilizarlos cuando su opinión no sea tan extrema según se acerque más o menos a los extremos de 'Total Acuerdo' (valor 5) o bien 'Total Desacuerdo' (valor 1).

RECUERDE, CONTESTE CON LA MÁXIMA SINCERIDAD Y DE FORMA INDIVIDUAL.

Encierre en un círculo el número que represente más su grado de acuerdo o desacuerdo, con cada frase:

		TD TA
1.-	Hago bien los trabajos escolares y/o académicos	1 2 3 4 5
2.-	Hago fácilmente amigos	1 2 3 4 5
3.-	Tengo miedo de algunas cosas	1 2 3 4 5
4.-	Soy muy criticado en casa	1 2 3 4 5
5.-	Me cuido físicamente	1 2 3 4 5
6.-	Mis profesores me consideran un buen estudiante	1 2 3 4 5
7.-	Soy una persona amigable	1 2 3 4 5
8.-	Muchas cosas me ponen nervioso	1 2 3 4 5
9.-	Me siento feliz en casa	1 2 3 4 5
10.-	Me buscan para realizar actividades deportivas	1 2 3 4 5
11.-	Trabajo mucho en clase	1 2 3 4 5
12.-	Es difícil para mí hacer amigos	1 2 3 4 5
13.-	Me asusto con facilidad	1 2 3 4 5
14.-	Mi familia está decepcionada de mi	1 2 3 4 5
15.-	Me considero elegante	1 2 3 4 5
16.-	Mis profesores me estiman	1 2 3 4 5
17.-	Soy una persona alegre	1 2 3 4 5
18.-	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	1 2 3 4 5
19.-	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema	1 2 3 4 5
20.-	Me gusta cómo soy físicamente	1 2 3 4 5
21.-	Soy un buen estudiante	1 2 3 4 5
22.-	Me cuesta hablar con personas que apenas conozco.	1 2 3 4 5
23.-	Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	1 2 3 4 5
24.-	Mis padres me dan confianza	1 2 3 4 5
25.-	Soy bueno haciendo deporte	1 2 3 4 5
26.-	Mis superiores me consideran inteligente y trabajador	1 2 3 4 5
27.-	Tengo muchos amigos	1 2 3 4 5
28.-	Me siento nervioso	1 2 3 4 5
29.-	Me siento querido por mis padres	1 2 3 4 5
30.-	Soy una persona atractiva	1 2 3 4 5

ANEXO 3

Carta de consentimiento informado

El motivo de esta carta es informarle e invitarlo a participar de una intervención física y psicológica, la cual se llegara a cabo a través de actividades lúdicas en el hogar CREA en las personas internadas en esta institución, específicamente del estadio 1 de la recuperación de las adicciones.

Esta intervención será realizada durante 2 meses con la intención de determinar cuál sería el efecto de un programa de actividades lúdicas sobre los niveles de ansiedad, depresión y autoconcepto en personas drogadictas en proceso de recuperación del hogar CREA.

Se les pasará 3 tipos de cuestionarios que evaluarán de manera específica la ansiedad, la depresión y el autoconcepto. Se espera a través de estos analizar de manera individual y general los niveles de las variables antes mencionadas y observar como la intervención interfiere en cada uno de ellos.

Al finalizar la intervención se pasaran de nuevo para así comparar los datos, los cuales siempre serán confidenciales y anónimos, por lo que ninguna otra persona además del coordinador de la intervención tendrá acceso a los datos y de igual manera los datos no tendrán nombres (solamente se les asignará un número).

De acuerdo a lo antes mencionado y explicado por el coordinador de la intervención, se presenta la siguiente pregunta:

¿Está usted de acuerdo en participar del programa de actividades recreativas a realizarse en el hogar CREA?

SÍ

NO

Muchas gracias.

ANEXO 4

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)

Nombres y Apellidos:

Edad:

PRIMERA PARTE

ANSIEDAD – ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa la situación actual.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1 Me siento calmado.	0	1	2	3
2 Me encuentro seguro.	0	1	2	3
3 Estoy tenso.	0	1	2	3
4 Estoy contrariado.	0	1	2	3
5 Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6 Me siento alterado.	0	1	2	3
7 Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8 Me siento descansado.	0	1	2	3
9 Me siento angustiado.	0	1	2	3
10 Me siento confortable.	0	1	2	3
11 Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12 Me siento nervioso.	0	1	2	3
13 Me siento inquieto.	0	1	2	3

14 Me siento muy atado (como orpimido).	0	1	2	3
15 Estoy relajado.	0	1	2	3
16 Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17 Estoy preocupado.	0	1	2	3
18 Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19 Me siento alegre.	0	1	2	3
20 En este momento me siento bien.	0	1	2	3

SEGUNDA PARTE

ANSIEDAD – RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

1 Me siento bien.	0	1	2	3
2 Me canso rápidamente.	0	1	2	3
3 Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
4 Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
5 Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
6 Me siento descansado.	0	1	2	3
7 Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
8 Veo que las dificultades se amontona y no puedo con ellas	0	1	2	3

9 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
10 Soy feliz.	0	1	2	3
11 Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
12 Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
13 Me siento seguro.	0	1	2	3
14 No suelo afrontar las crisis o dificultades.	0	1	2	3
15 Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
16 Estoy satisfecho.	0	1	2	3
17 Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
18 Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
19 Soy una persona estable.	0	1	2	3
20 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

ANEXO 5

Tabla 5.

Actividades físicas lúdicas realizadas en el hogar.

Actividades	Explicación	Aspectos a mejorar
Hola-hola	El grupo inicia sentados en el suelo formando un círculo, el promotor selecciona a dos personas del grupo y éstas deben ponerse de pie, caminar hasta un punto X y saludarse 3 veces, diciéndose el nombre. Cuando lo hayan realizado se regresan a sus lugares corriendo en sentido contrario al lugar por donde llegaron caminando.	Se pretende mejorar el autoconcepto social, familiar, emocional y físico. Reducir la depresión al tener contacto con otras personas que tengan los mismos problemas adictivos.
Carrera de sacos	De 4 en 4 se realizan carreras en sacos de un punto A hasta un punto B. Y de igual manera se regresa saltando de nuevo hasta el lugar se salida. Cuando los mismo regresen de dan los sacos a los compañeros que no participaron en la primera ronda.	Se mejora el aspecto de autoconcepto social, emocional y físico.
Espalda con espalda	Se divide el grupo en 2, ambos grupos se colocan espaldas con espaldas. Cada grupo tiene un número asignado (1 ó 2), a la señal del promotor dice un número (por ejemplo 1), por lo que este grupo debe perseguir al otro grupo. La forma de evitar que lo atrapen es correr hacia delante a la zona de seguridad (debidamente identificada).	Se mejora la ansiedad y depresión que puedan experimentar en el centro. Además se enfoca en tener un beneficio positivo en autoconcepto físico, emocional, social.
El llavero	Se escoge un voluntario del grupo mientras que los restantes participantes se colocan en una línea lateral de frente al sujeto. El grupo debe tratar se colocarse bien juntos para evitar que el sujeto fuera del grupo adivine quien tiene las llaves. La persona que tiene las llaves debe hacer sonidos con ellas y el	Se desea reducir la ansiedad y aumentar el autoconcepto social y emocional.

	<p>sujeto adivinar correctamente quien las tiene. Tiene 3 intentos y cuando adivine este se unirá al grupo y la persona con las llaves será quien adivine.</p>	
El barco se hunde	<p>El grupo se desplaza por toda la zona de juego y cuando el promotor indique hacer grupos, estos deben agruparse de acuerdo a la cantidad de personas que se mencione.</p>	<p>Se mejora la parte de la ansiedad, la depression. El autoconcepto emocional, social y físico.</p>
Pelea de gallos	<p>Se forman en parejas (tratando de ubicarse con personas de la misma estatura y peso), se colocara una persona frente a la otra. Se pondrán de cuclillas y con tocando las manos de la otra persona a una altura de los hombros. A la señal cada uno tratará de empujar a la pareja.</p>	<p>Se pretende mejorar la ansiedad, ya que en el juego no se podra usar una fuerza desmedida, lo pueden empujarse pero sin violencia (la idea es que solo hagan cierta fuerza para sostenerse).</p>
Sonidos de animales	<p>El grupo se reúne en un círculo grande (de pie) y se selecciona a una persona para que se coloque en el centro y realice el sonido de un animal, mientras el grupo debe adivinar cuál animal es. Cada uno debe pasar al centro. Puede hacer dramatización y sonido.</p>	<p>Se trabajará la depression y la ansiedad a través del desahogo de hacer sonidos y dramatizaciones. Además del autoconcepto emocional y social.</p>
La profesión	<p>Se saca un voluntario del grupo y se le pide que salga del salon. El grupo debe hacer la dramatización de una profesión y cuando el voluntario ingresa de nuevo al salón debe adivinar cuál profesión se está realizando.</p>	<p>Se trabajar el aspecto de la ansiedad, debido a la concentración que deben tener los participantes en cada roll. El autoconcepto emocional, social también se pretender</p>

desarrollar.

El sol brilla	<p>El grupo sentados en el suelo en círculo, el promotor dice la frase: “el sol brilla en...” y se puede decir por ejemplo en los que andan camisas blancas y estas personas deben de cambiar de posición con otra. Y se mencionan diferentes prendas o aspectos físicos.</p>	<p>Se desarrolla el aspecto de depresión y ansiedad.</p> <p>El autoconcepto social y emocional también se mejora.</p>
El guiño asesino	<p>El grupo sentados en el suelo y en círculo, el juego inicia con los ojos cerrados. El promotor toca la espalda de algún participante sin que nadie se de cuenta. Todos abren los ojos y a la señal la persona que fue escogida empieza a gueñir el ojo a los participantes sin que los demás lo descubran. Cuando una persona es “asesinada” esta sale del grupo, mientras los otros intentan adivinar quién es el asesino.</p>	<p>Se trabaja la ansiedad de los participantes a la hora de determinar en equipo quién es el asesino.</p>
Ciego y lazarillo	<p>En parejas, una persona con los ojos cerrados y el otro deberá guiar a dicha persona por el salon sin que se tropiece en obstáculos que haya en el mismo (ciego y lazarillo). Después de un tiempo se cambian rolles y luego parejas.</p>	<p>Se trabajará la ansiedad en el caso del personaje ciego.</p> <p>El autocncepto emocional y social también tendrán su beneficio al interactuar con otros participantes.</p>
Aguantar el muro	<p>Se saca un voluntario del grupo y el grupo restante se coloca de frente a una pared, el sujeto deberá intentar de distraer a los demás para que dejen de ver la pared o se rían o dejen de concentrarse. Cuando una persona del grupo se distraiga deberá ayudar al primer sujeto a que todo el grupo se distraiga. No se permite el contacto físico en</p>	<p>Se trabajará la ansiedad, ya que debe usarse para evitar distraerse.</p> <p>El autoncepto emocional y social también tiene su beneficio, debido a que se relacionan con otras personas</p>

	este juego como forma de distracción.	y al mismo tiempo pasan un momento de libertad.
	Se saca un voluntario del grupo, mientras los restantes participantes se agrupan entrelazando brazos y acercándose los más possible. Todos deben estar mirando en una sola dirección.	Se enfatiza en trabajar la ansiedad al concentrarse en buscar la mejor solución para ir quitando las diferentes capas de la cebolla.
Cebolla	El sujeto voluntario deberá intentar separar al grupo pero sin utilizar la violencia (solo puede desenlazar los brazos de las participantes, tratando de ir quitando las diferentes capas de la cebolla).	También se desarrollará el autoconcepto emocional y social al existir contacto con los otros participantes del grupo.
	Se hacen tríos en diferentes sectores del salón. Donde dos de los participantes tendrán las manos arriba y unidas entre ellos, mientras que la otra persona se mantiene en el centro del “puente”. En esas mismas posiciones se desplazan por todo el salón y a la señal se intercambian ya sea el habitante (persona en el centro) o los puentes (se indica si uno de los puentes o ambos).	Se pretende mejorar la ansiedad y la depresión de los participantes con la actividad. Además de recibir beneficio en autoconcepto físico, emocional y social, al tener contacto con los demás participantes.
Puentes y habitantes	El grupo estará sentado en el suelo y en círculo, dejando cierta distancia el uno del otro. Se le dirá una frase a uno de los participantes que deberá decírsela al que está a la par, solo tiene un intento para que el otro pueda escuchar y pasar el mensaje sin que los demás escuchen. Se pretende que el mensaje llegue de nuevo al primer participantes sin tener muchos cambios con respecto al mensaje original.	De pretende reducir la ansiedad y la depresión al realizar actividades de diversion y convivio. Además del autoconcepto emocional y social al interactuar con otros participantes del centro.
Teléfono chocho		

Slalon con sillas	<p>Todo el grupo se coloca detrás de una línea previamente establecida en el salón y a la señal se desplazarán hacia el frente con cierta rapidez y realizando un zig zag a través de 4 sillas colocadas en línea recta en el salón.</p>	<p>Se trabajará en reducir la ansiedad y depresión al realizar actividades de cierta concentración y agilidad.</p> <p>El aspecto del autoconcepto físico, social y emocional se desea incrementar.</p>
Sillas locas	<p>Se colocan sillas con un número menor a la cantidad de participantes. Se colocan las sillas en círculo y los participantes deberán ir caminando alrededor de las mismas, mientras el promotor realiza sonidos con las palmas. Cuando éste deje de hacer el sonido los participantes deben sentarse en las sillas (siempre quedará un participante sin silla), el que no logró hacerlo saldrá momentaneamente del juego.</p>	<p>Se tiene como objetivo reducir la ansiedad y la depresión en la actividad que necesita concentración.</p> <p>Se busca aumentar el autoconcepto físico, emocional y social.</p>
El que sobra	<p>Se hacen grupos de tres participantes, mientras que se sacan dos voluntarios del grupo. Cada voluntario tiene una tarea diferente, donde uno debe perseguir al otro. Los grupos de tres participantes estarán distribuidos por todo el campo de juego, y se colocarán de cuclillas y hombro con hombro.</p> <p>La manera que el sujeto al que persigue se salve es colocándose en uno de los extremos de los diferentes tríos, cuando esto suceda el participante al otro extremo deberá correr para evitar ser atrapado, buscando otro trío.</p>	<p>Se busca desarrollar positivamente el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Al mismo tiempo reducir la ansiedad y la depresión en los participantes.</p>
	<p>La actividad consiste en asignar un número a cada participante empezando con el 1 hasta el número que alcance. La primer</p>	<p>Se pretende reducir el aspecto de la ansiedad y la depresión en los</p>

Números	<p>participante se le dará una bola la cual debe lanzar hacia arriba diciendo un número de los ya establecidos. El participante con el número mencionado deberá correr para agarrar la bola y mencionar otro número. El grupo restante se mantiene en movimiento por toda el area de juego.</p>	<p>participantes.</p> <p>Se desarrolla además el autoconcepto físico, emocional y social.</p>
Slalon y saltar compañero	<p>Todo el grupo se coloca en línea recta con una distancia entre participantes de al menos un brazo y medio. La persona que se coloca de última en la fila deberá correr haciendo zig zag a través de los compañeros y cuando llegue al primer participante deberá devolverse hasta su lugar saltándose a los compañeros (obviamente los compañeros se sentarán en el suelo para que sea más fácil).</p>	<p>Se enfatiza en aumentar el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Además de reducir la depresión y la ansiedad.</p>
Que no caiga	<p>Este juego tiene la misma dinámica que el juego de “números” solo que los participantes mientras se desplazan por el campo de juego solo mencionan el nombre de un compañero y le pasan el balón. La intención es que la bola no caiga, si ésta cae el grupo recibe un castigo (jumping jack, push ups, sentadillas, etc). Mientras el juego se desarrolla se agrega otro balón.</p>	<p>Se desarrolla el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Reduciendo la ansiedad y la depresión con la interacción social.</p>
Papa caliente	<p>El grupo sentados en el suelo y en círculo, se pasarán hacia el lado una bola, mientras el promotor realiza sonidos con las manos. En el momento que se detenga el participante que tenga la bola debe hacer una dramatización o sonido determinada por el grupo.</p>	<p>Se desarrolla el autoconcepto emocional y social.</p> <p>Reduciendo la ansiedad y la depresión.</p>
	<p>El grupo se reúne en un gran círculo, todos de pie, con el promotor en el centro del círculo (el cual debe ser amplio con una</p>	<p>Esta actividad promueve mejorar el autoconcepto emocional y social.</p>

Elefante y jirafa	<p>distancia de más de un brazo). Cuando el promotor señale a algún participante le dirá dos opciones; elefante (el sujeto debe colocar sus manos formando una trompa en la nariz y los dos participantes que se encuentran a derecha e izquierda deberán formar las orejas del elefante con las manos). Jirafa (el sujeto estira los brazos de forma diagonal hacia el frente, simulando el cuello de la jirafa, mientras los dos participantes cercanos se agachan para hacer parecer la jirafa más alta).</p>	<p>Además de disminuir la ansiedad y la depresión en los participantes.</p>
Banquillo	<p>En tríos se colocan de tras de una línea establecida, donde dos de los participantes deben entrelazar las manos y brazos para formar un “banquillo” donde se debe sentar el participante restante. Deben de llegarlo de un punto A hasta un punto B y luego cambiar de lugares entre los mismo del trío.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Pases diagonales	<p>Los participantes se distribuyen por todo el campo de juego y se realizan pases diagonales desde donde se encuentran con un balón.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Espejo	<p>Todos en círculo, de pie, con un voluntario en el centro del mismo, éste hará diferentes movimientos, muecas, dramatizaciones, sonidos, etc que los demás participantes deben imitar.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
	<p>El grupo reunido en círculo con los brazos sobre los hombros de los participantes,</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p>

El elefante cae	<p>donde varias personas según determinación del promotor, tendrán asignado el nombre de elefante. Mientras todos giran hacia la derecha en el círculo, el promotor dice fuertemente “elefante” y las personas con éste animal deberán ser sostenidas por los demás participantes por unos segundos.</p>	<p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Basketball humano	<p>Se forman equipos con un total de tres participantes, dos jugadores al campo y el tercero es el arco (hace la canasta con las brazos). La idea es pasar el balón hasta lograr hacer la canasta y gana el equipo que más puntos logre o más canastas en “x” tiempo. Se rotan los jugadores para que el participante de arco salga a jugar al campo.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Voleibol humano	<p>Se hacen parejas y se juega dos contra dos, los demás participantes se sientan en una sillas y levantando las manos, funcionan como net. La forma de pasar el balón de un lugar a otro debe ser, solamente con un golpe hacia arriba, sin intenciones de golpear al otro equipo o con direcciones fuerte hacia abajo. Ambos jugadores deben tocar el balón antes de poder pasarla al otro equipo.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Ensalada de frutas	<p>En grupo reunido en círculo y sentados en el suelo, el promotor les asignará a cada uno una fruta (tratando que lasfrutas se repitan almenos dos veces), cuando éste mencione una fruta, los participantes con esa fruta deberán cambiar de lugar. En cierto momento el promotor dirá “ensalada de frutas” y todos deberán buscar otro lugar dentro del círculo para sentarse.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>

Marea baja/alta	<p>El grupo se coloca en una línea uno detrás del otro y luego dejando una distancia mayor a un brazo. Se establece que a la derecha de la línea es “marea baja” y a la izquierda “marea alta”. Cuando el promotor diga alguna de las dos mareas el grupo debe saltar hacia la misma según la indicación. Cuando algún participante se equivoca de marea o lo hace en menor tiempo, éste pasará a hacer la labor del promotor.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Círculo alegre	<p>El grupo se reúne en un círculo y cada participante hablará de por se ha sentido con las diferentes actividades realizadas, cómo se siente en su relación con los demás participantes y si desea realizar alguna actividad que conozca y no se haya hecho o repetir una ya hecha.</p>	<p>Se pretende reducir el aspecto de la ansiedad y depresión, al momento que cada uno exprese cómo se siente.</p> <p>El aspecto de autoconcepto emocional y social también tiene su beneficio.</p>
Slalon con bola	<p>El participante deberá hacer zig zag a través de unas sillas colocadas en línea recta en el campo de juego. Mientras lo realiza debe ir picando un balón primero con una mano, luego la otra y por último con ambas.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Giros y meter gol	<p>Uno por uno irán pasando para hacer la actividad, donde primero se le dan diez vueltas en un mismo lugar al participantes y luego rapidamente debe correr e intentar anotar el gol (la dificultad esta en que el participante debido a las vuelta se puede desubicar un poco y le costar anotar el gol).</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>

Malabarismo	<p>Los participantes tendrán de dos a tres bolas de tenis, con las cuales deberán intentar hacer malabares y cuando dominen la actividad se agrega la dificultad de avanzar por el salón. También se puede intentar malabarismo entre dos o más participantes.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Carrera y agarrar balón	<p>Se divide el grupo en dos, se colocan en líneas rectas hacia atrás, una frente a la otra. Entre cada participante debe existir una distancia de un brazo, los mismos estarán con las piernas ligeramente abiertas. Se coloca un balón entre los dos equipos, donde el participante que se encuentra de último en la fila debe pasar por debajo de todo el equipo y agarrar la bola antes que el otro equipo lo logre.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Pasar hula-hula	<p>El grupo se coloca en una línea lateral con un espacio entre participantes de un brazo. El primer participante tendrá un hula-hula en las manos y deberá pasar el mismo a través del cuerpo de arriba a abajo y pasarlo al otro participante. Intentando hacerlo en el menor tiempo posible.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Simon dice	<p>El grupo se reúne en círculo y con un voluntario en el centro (Simon). Éste participante dirá su nombre y luego algo para hacer o dramatizar (ejemplo; Simon dice que den tres vueltas en un pie). Todos los participantes deberán pasar al centro.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
Pasar bola por arriba y abajo	<p>El grupo se forma en una línea recta, uno detrás del otro, y deben pasar un balón primero todos por arriba y luego todos por abajo. En cierto punto el promotor agrega otro balón, éste deberá pasarse de manera</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los</p>

	<p>contraria al primer balón (si el primero está pasando por arriba, el segundo balón se pasará por abajo).</p>	<p>participantes.</p>
<p>Pasar la bola y luego avanzar con la bola por abajo</p>	<p>El grupo en una línea recta, se pasa un balón por arriba y cuando llegue al último jugador, éste debe pasar luego por debajo de los demás participantes y colocarse de primero y seguir pasando la bola.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
<p>Gusano</p>	<p>Se hacen dos grupos, se sentaran en el suelo, uno detrás del otro, sin dejar mucho espacio entre sí. El participante que esta de primero agarra los tobillos del compañero que esta detrás de él (y así cada uno). A la señal deberán desplazarse de un punto al otro, solamente jalándose de los pies y arrastrándose en el suelo. No se pueden soltar durante todo el recorrido. Después se mezclan de nuevo los participantes.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
<p>Cruzar el río</p>	<p>Todo el grupo deberá atravesar un río usando solamente unos hula-hulas como piedras. Donde todos deben estar dentro de los hulas, en el caso que alguno se salga del mismo deberán iniciar de nuevo. Primeramente usarán cuatro hulas para cruzar, en otro intento tres y por último solo con dos (ésto para que formen diferentes estrategias en equipo).</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social.</p> <p>Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>

<p>Pasar compañero al otro lado</p>	<p>Todo el grupo se acuesta en el suelo, uno a la par del otro, mientras que un participante se acostará sobre el grupo. La idea es llevar al participante que está arriba hasta cierto punto sin que éste toque el suelo. La estrategia es que los sujetos en el suelo empiecen a rodar sobre el suelo para que el participante arriba se mueva. Los sujetos en el suelo deberán ponerse de pie y colocarse más adelante en el grupo cuando el sujeto arriba haya pasado sobre él.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
<p>Pasar hula-hula tomado de las manos</p>	<p>El grupo se agrupa en un círculo y se toman todos de las manos, el promotor coloca un hula-hula entre los brazos de dos participante, éstos deben pasarlo por todo el cuerpo y pasarla al otro compañero sin soltarse de las manos. Cuando se vuelva fácil el juego el promotor agregará otro hula-hula que se pasará en sentido contrario al primero.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
<p>Elefante-jirafa-enano-gigante</p>	<p>Este juego tiene las mismas indicaciones que el elefante-jiraga antes mencionado, pero se le agrega las opciones de enano-gigante (enano la persona se agacha y gigante solamente se queda de pie). Primero inicia el promotor diciendo alguna de las cuatro opciones y luego pasará un participante del grupo.</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>
<p>Squash</p>	<p>Se forma dos grupos, con la misma cantidad de participantes (si es posible; si el grupo es muy grande se hacen más grupos), cada grupo tiene un balón y se asignan un orden para la actividad. La idea del juego es pegar el balón en una pared, usando la mano, y la persona que sigue deberá agarrar el balón y</p>	<p>Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.</p>

	pegarlo de nuevo, así sucesivamente.	
Saltar sobre hula-hulas	El grupo se coloca detrás de una línea establecida, delante de los mismos se posicionan cuatro hula-hulas en el suelo con diferentes distancias entre ellos, donde cada participante deberá saltar de uno al otro. Primeramente se salta con ambos pies juntos, luego solo con el derecho, solo izquierdo. Para mayor dificultad se amplía la distancia entre los hula-hulas.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.
Te lo cambio	Se forman parejas, cada uno tiene un objeto (un balón o un hula-hula), a la señal del promotor entre las parejas se cambiarán el artículo que tengan, si tiene un hula-hula debe pasarlo enviándolo rodando hasta el otro participante. Si tiene un balón se lo pasará al compañero con hula-hula. Cuando pase algún tiempo se intercambian parejas y prosigue el juego.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.
Agarrar balón saliendo sentados	Todos se sientan en el suelo sobre una línea lateral, el promotor les asigna un número (tratando que haya dos o más con un mismo número), se coloca un balón a cierta distancia de la línea de salida. A la señal (diciendo un número), las personas con ese número deben ponerse de pie y correr hacia el balón. Primero se inicia todos viendo hacia el balón y luego todos de espaldas al mismo.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.
Meter gol con sacos	Es una actividad de uno contra uno, donde estarán dentro de un saco y tienes que ir saltando hasta llegar a un balón e intentar anotar por debajo de las patas de una silla. Cuando todos han participado se cambian	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los

	parejas y se agrega otro balón para anotar.	participantes.
Relevos en sacos	Se forma dos grupos de la misma cantidad de participantes, cada equipo tiene un saco. La idea es que uno por uno de cada equipo se meta en el saco y saltando llegue hasta cierto punto del salón y se devuelva para darle el saco al siguiente compañero. Ganará el equipo que llegue primero. Después de esto se combinan de nuevo los participantes.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.
Fútbol	Se hacen dos grupos y usando un balón se juega fútbol, gana el equipo que más anotaciones logre.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.
Basket 21	Se juega basket en su variación de 21, donde se realizan tiros libres. Cada jugador lanzará el balón hacia el aro intentando anotar (si lo logra, ese primer enceste vale 2 puntos y tendrá derecho a meter el rebote que vale 1 punto). Si logra anotar ambos intentos tiene derecho a seguir lanzando, si no mete el primer tiro, solo podrá meter el rebote y seguirá otro jugador. Si en el primer tiro al aro no encesta seguirá otro jugador hasta que alguno lo logre.	Se mejorara el autoconcepto físico, emocional y social. Se disminuirá la ansiedad y la depresión de los participantes.

ANEXO 6

Bitácora:

Primera semana

Se realizó una pequeña inducción para los participantes del hogar CREA de Tibás, explicando lo que se busca con la intervención de las actividades lúdicas, entregando luego la hoja con el consentimiento informado y de así determinar los participantes. Una vez realizada la lectura y aprobación por parte de los participantes se procedió a brindarles los 3 cuestionarios antes mencionados en el documento.

Una vez contestado cada uno de ellos se establecieron los participantes para el grupo control y el grupo experimental.

Día 1:

Las actividades realizadas fueron:

Tabla 6. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la primera sesión.*

Actividad	Materiales	Duración
Hola-hola.	Salón.	5 minutos
Carrera de sacos.	4 sacos. Salón.	10 minutos
Espalda con espalda.	Salón.	5 minutos
Llavero.	Llaves. Salón.	10 minutos
El barco se hunde.	Salón.	5 minutos
Pelea de gallos.	Salón.	5 minutos
Hacer sonidos de animales.	Salón.	5 minutos
La profesión.	Salon.	5 minutos

Día 2:

En esta sesión se realizaron las siguientes actividades con una duración total de 1 hora, en la cual se inició y finalizó con movimientos articulares:

Tabla 7. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la segunda sesión.*

Actividad	Materiales	Duración
El sol brilla.	Salón.	5 minutos
El guiño asesino.	Salón.	5 minutos
Sonidos de animales.	Salón.	5 minutos
Ciego y lazarillo.	Llaves. Salón.	10 minutos
Aguantar el muro.	Salón.	10 minutos
Cebolla.	Salón.	10 minutos
Puentes y habitantes.	Salón.	5 minutos
Teléfono chocho.	Salón.	5 minutos

Día 3:

Durante la segunda semana de intervención se realizaron diferentes actividades para que los participantes no desearan al hacer siempre las mismas dinámicas. También se realizaron algunas ya conocidas por ellos, debido a que hubo un grado de aceptación y facilidad para entenderlas.

Las actividades fueron:

Tabla 8. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la tercera sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Hola-hola.	Salón.	5 minutos
	Sillas.	5 minutos
Slalom en equipos.	Salón. Sillas.	10 minutos
Las sillas locas.	Salón.	

El que sobra.	Salón.	5 minutos
Números.	Balón. Salón.	5 minutos
Slalom y saltar a los compañeros.	Salón.	10 minutos
Que no caiga.	Balón. Salón.	5 minutos
Papa caliente.	Salón. Balón.	5 minutos

Día 4:

En el siguiente día de intervención se llegó a cabo las actividades con una duración de una hora, iniciando con movimientos articulares y leves estiramientos; esta vez dirigidos tanto por el facilitador como por los participantes (ya que se intentó que los mismos participantes realizaran los movimientos).

Tabla 9. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la cuarta sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Elefante y jirafa.	Salón.	10 minutos
Banquillo.	Salón.	5 minutos
Guiño asesino.	Salón.	5 minutos
Que no caiga.	Balón. Salón.	10 minutos
Pases diagonales.	Salón. Balón.	5 minutos
El barco se hunde.	Salón.	5 minutos
Espejo.	Salón.	5 minutos
Teléfono chocho.	Salón.	5 minutos

Día 5:

Para esta sesión se trabajo muchas actividades enfocadas al trabajo en equipo y en la socialización entre los participantes, debido a que ellos conviven mucho tiempo juntos pero en ocasiones las relaciones no son del todo adecuadas.

Tabla 10. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la quinta sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
El elefante cae.	Salón.	10 minutos
Basketball humano.	Salón. Balón.	10 minutos
Voleibol humano.	Salón. Balón.	10 minutos
Espejo.	Salón.	5 minutos
Espalda con espalda.	Salón.	5 minutos
Ensalada de frutas.	Salón.	5 minutos
Marea alta/baja.	Salón.	5 minutos

Día 6:

Las actividades realizadas fueron:

Tabla 11. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la sexta sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Círculo alegre.	Salón.	5 minutos
Slalom con bola.	Salón. Balón.	10 minutos
Que no caiga.	Salón. Balón.	5 minutos

Realizar vueltas y meter gol.	Salón. Balón. Palo de madera.	10 minutos
Simón dice.	Salón.	5 minutos
La cebolla.	Salón.	5 minutos
Saltar compañero.	Salón.	10 minutos
Papa caliente.	Salón. Balón.	5 minutos

Día 7:

Tabla 12. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la séptima sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Ensalada de frutas.	Salón.	5 minutos
Malabarismo.	Salón. Balón.	5 minutos
Carrera por debajo y agarrar bola.	Salón. Balón.	10 minutos
Pasar el hula hula.	Hula-hula. Salón.	10 minutos
Sillas locas.	Salón.	10 minutos
Basket humano.	Sillas. Salón. Balón.	10 minutos

Día 8:

Tabla 13. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la octava sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Circulo de opinión.	Salón.	5 minutos
Simon dice.	Salón.	5 minutos
Pases laterales.	Salón. Balón.	5 minutos
Pasar la bola por debajo.	Salón. Balón.	5 minutos
Pasar por debajo del compañero con la bola.	Salón. Balón.	10 minutos
Saltar compañero, pasar por abajo, carrito	Salón.	10 minutos
Papa caliente.	Salón. Balón.	5 minutos

Día 9:

Tabla 14. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la novena sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Gusano.	Salón.	5 minutos
Pasar compañero en grupo en el suelo.	Salón.	10 minutos
Pasar al otro lado usando hulas.	Salón. Hula-hulas.	5 minutos
Pasar hula-hula por el cuerpo, todos agarrados de las manos.	Hula-hula. Salón.	10 minutos

Elefante-girafa, enano-gigante, afuera-adentro.	Salón.	10 minutos
Squash.	Salón. Pared. Balón.	10 minutos

Día 10:

Tabla 15. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Saltar hula-hula.	Salón. Hula-hulas.	5 minutos
El que sobra.	Salón.	10 minutos
Cadena de hula-hula.	Salón. Hula-hulas.	10 minutos
Enano-gigante-elefante-jirafa.	Salón.	10 minutos
Sostener el muro.	Salón.	5 minutos
Squash.	Salón. Pared. Balón.	10 minutos

Día 11:

Tabla 16. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la undécima sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Te lo cambio.	Salón. Hula-hulas. Balón.	5 minutos
Carrera de sacos.	Salón. Sacos.	5 minutos

Correr para agarrar bola con números.	Salón. Balón.	10 minutos
Meter gol en sacos.	Salón. Sacos. Balón.	5 minutos
Relevo de sacos.	Sacos. Salón.	10 minutos
Pelea de gallos y de espalda.	Salón.	5 minutos
Basket.	Salón. Hula-hulas. Balón.	10 minutos

Día 12:

Tabla 17. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la duodécima sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Simón dice.	Salón.	5 minutos
Ciego y lazarillo.	Salón. Sillas.	10 minutos
Voleibol.	Salón. Balón.	10 minutos
Sillas locas.	Sillas. Salón.	10 minutos
Adivina quién tiene la bola.	Salón.	5 minutos
Pasar la bola por arriba y por abajo.	Salón. Balón.	10 minutos

Día 13:

Tabla 18. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima tercera sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Fútbol.	Cancha de fútbol. Balón. Marcos.	60 minutos
Basketball 21.	Cancha de basket. Balón.	60 minutos
Actividades en piscina.	Piscina. Balones. Globos.	60 minutos
Juego con frisbee.	Frisbee. Area libre.	20 minutos

Día 14:

Tabla 19. *Actividad físicas lúdicas realizadas en la décima cuarta sesión.*

Actividades	Materiales	Duración
Carrera de sacos.	Sacos. Salón.	10 minutos
Puentes y habitantes.	Salón.	10 minutos
Gusano.	Salón.	5 minutos
Que no caiga.	Salón. Balón.	10 minutos
Basketball sin moverse.	Salón. Balón.	10 minutos
Teléfono chocho.	Salón.	5 minutos