



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Baloncesto y Más. Programa de intervención para niños en riesgo de exclusión social, mejora de la calidad de vida a través de la práctica deportiva.

Alumno: Dña. Lara Jiménez Martín.

Tutor: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández.

Dpto. de Psicología. Área:
Personalidad evaluación y
tratamiento. Universidad de Jaén.

Junio, 2017

Índice:

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.	2
3. CONCEPTUALIZACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	3
4. ESTUDIO EMPIRICO.	13
5. RESULTADOS.	22
6. DISCUSIÓN.....	27
7. REFERENCIAS.....	34
8. ANEXOS:	38

1. RESUMEN.

En este estudio se pretendió valorar si la práctica deportiva estructurada, en la que se incluyen actividades psicoeducativas, permiten a niños y niñas en riesgo de exclusión social mejorar su calidad de vida relacionada con la salud y otros aspectos psicológicos relacionados. Los resultados demuestran que el ocio saludable y en concreto la práctica deportiva estructurada permite mejorar la calidad de vida relacionada con la salud al mismo tiempo que la autoestima y el autoconcepto de los participantes, desarrolla sus habilidades sociales y su inteligencia emocional, y mejorar la competencia social en el hogar y la comunidad.

In this study was to assess whether sports structured, which include psycho-educational activities, help children at risk of social exclusion improve their quality of life related to health and other related psychological issues. The results show that healthy and in particular leisure practice sports structured allows you to improve the quality of life related to health at the same time that self-esteem and self-concept of the participants, develop their social skills and emotional intelligence, and improve the social competence at home and the Community.

Palabras Clave: Actividad física- Calidad de Vida- Salud- Niños.

Key Words: Sports- Quality of life- Health- Children.

2. INTRODUCCIÓN.

El programa “Baloncesto y más” busca proporcionar una alternativa de ocio saludable mediante la práctica deportiva, junto con la realización de actividades psicoeducativas, cubriendo así algunas de las necesidades encontradas en los niños/as en riesgo de exclusión pertenecientes al centro de día “Abu Said” de Aldeas Infantiles SOS Granada, junto con la colaboración de la Fundación Club Baloncesto Granada.

En el proyecto participaron niños/as en riesgo de exclusión social de entre 9 y 12 años. El objetivo principal consiste en mejorar la calidad de vida de estos niños/as a través del desarrollo de habilidades y comportamientos prosociales. Se pretende conseguir dicho objetivo mediante la realización de sesiones psicoeducativas y la práctica de ocio saludable (actividades lúdico-deportivas relacionadas con el baloncesto). La duración

estipulada comprende 1 tarde a la semana, durante 2 meses (entre el 17 de octubre y el 17 de diciembre de 2016).

3. CONCEPTUALIZACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

➤ Calidad de vida relacionada con la salud.

Los últimos estudios relacionados con la salud defienden la necesidad de tener una visión más amplia sobre lo que significa el término salud, es por ello que aparecieron los estudios sobre la calidad de vida relativa a la salud. Podríamos entender calidad de vida como una medida del bienestar físico, emocional y social de las personas, junto con la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar tareas típicas de la vida cotidiana (Ruiz y Pardo 2005).

La calidad de vida, por lo tanto, se centra en aspectos de nuestra vida relacionado con la salud personal y aquellas acciones que llevamos a cabo para mejorar y mantener nuestra salud personal. Existen una serie de dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud y que se encuentran relacionadas entre sí en mayor o menor medida, midiendo aspectos diferentes de la vida y autonomía de la persona (Ruiz y Pardo, 2005), dichas dimensiones son: funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, y la percepción general de la salud entre otras.

En base a esta definición de calidad de vida, en esta investigación decidimos tener en cuenta la mejora también de competencias psicológicas relacionadas con la salud, por ello entre otras razones que se describen a continuación, se han incluido actividades relacionadas con inteligencia emocional, habilidades sociales y autoestima y autoconcepto.

➤ Competencias y habilidades prosociales en los niños.

La aparición de comportamientos antisociales y de riesgo para la salud no está determinada únicamente por un factor, sino son varios los factores de riesgo que llevan a la aparición de este tipo de conductas (Farrington,2005). La aparición de dichas conductas antisociales se relaciona con niveles más bajos de calidad de vida relacionada con la salud, lo que lleva a pensar que desarrollando comportamientos prosociales en los niños y adolescentes es posible mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, trabajando todos los factores posibles y las relaciones existentes entre ellos, ya que la mejora de unos puede incidir directamente en la mejora de los otros.

La mayoría de programas en psicología que intervienen con menores que presentan conductas antisociales trabajan con el objetivo principal de reducir déficits en habilidades, cogniciones y emociones, dando especial importancia a factores individuales. Dentro de esta área se recogen, entre otros, factores como el autoconcepto, la socialización, las estrategias de afrontamiento, y la inteligencia emocional (Vilariño, Amado, y Álvez, 2013). Son algunos de estos factores los que se han trabajado con mayor atención en el apartado psicoeducativo del programa, ya que ha quedado demostrado que los menores que se encuentran en riesgo de exclusión suelen presentar menores destrezas y competencias sociales, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad a la hora de llevar a cabo conductas de tipo antisocial (Farrington, 2005; Vilariño et al., 2013).

Existen 3 habilidades fundamentales para el desarrollo de conductas prosociales y la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud que se trabajaron durante las diferentes sesiones del programa:

- ***Autoestima:***

Habilidad esencial para el desarrollo de la personalidad infantil y adolescente, se trata del conjunto de percepciones, imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre uno mismo, se configura en función de cómo nos percibimos y como nos perciben los demás, por ejemplo, tener alta autoestima implica auto-confianza y sentimiento de valía o capacidad. Al mismo tiempo, la autoestima se encuentra fuertemente relacionada con el autoconcepto o imagen de uno mismo, por ello durante el programa se trabajaron ambos conceptos.

El nivel de autoestima de la persona incide en sus sentimientos, pensamientos y conductas, por lo que una baja autoestima normalmente irá acompañada de sentimientos y pensamientos negativos hacia uno mismo y comportamientos poco adaptados y saludables (González y Gimeno, 2013).

La autoestima es una habilidad multidimensional y dinámica, que se ve influenciada por los diferentes sucesos vitales de la persona. Debido a su carácter modificable se han llevado a cabo numerosos programas para desarrollar la autoestima que han dado buenos resultados, como por ejemplo el programa “Galatea” de Cava y Musitu (1999) para menores con deficiencias socio-afectivas, o el programa de desarrollo de la autoestima (PIAM-RS) (González, y Gimeno, 2013).

Los menores en riesgo normalmente provienen de familias multiproblemáticas, y puesto que la familia tiene un papel crucial en la construcción de la identidad del niño se debe trabajar también con ellos en el desarrollo adecuado de la autoestima. Esta habilidad tiene relación con la aparición de conductas de riesgo, de tal manera que una buena autoestima, valoración de la persona sobre sí mismo, actúa como factor de protección. Por lo tanto, es necesario ayudar a niños/as y adolescentes en el desarrollo de niveles de autoestima adecuados para prevenir la aparición de conductas problemáticas en el futuro y mejorar su bienestar psicológico (Graña y Rodríguez, 2011; González y Gimeno, 2013).

- ***Empatía:***

Se trata de la capacidad que tenemos para ponernos en el lugar de otra persona y comprender su estado emocional, varía individualmente y marca nuestro comportamiento y relaciones con los otros. Varios estudios han demostrado la relación entre una baja empatía y la implicación del adolescente en conductas antisociales y violentas (Anderson y Bushman, 2002; Evans, Heriot y Friedman, 2002; Hofman, 2000, Storm, 2002; citados en Moreno et al, 2009).

La empatía está muy relacionada con la inteligencia emocional, incluso se incluye como una capacidad dentro de ella, por lo que a continuación comentaremos más detalladamente sus implicaciones sobre conductas antisociales.

- ***Inteligencia emocional:***

Diversas investigaciones han mostrado cómo los menores que muestran déficits en la comprensión y manejo de emociones, responden a las exigencias del entorno mediante acciones que perjudican su propia salud (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Fernández-Berrocal, Ruiz- Aranda y Cabello, 2009; citados en Zavala y López, 2012), en concreto, en cuanto a la predisposición a la conducta antisocial la inteligencia emocional juega un papel fundamental, según algunos de los trabajos realizados sobre el tema (Charbonneau y Nicol, 2002; Hessler y Katz, 2010; Siu, 2009; citados en Zavala y López, 2012) la falta de autorregulación emocional y las dificultades de expresión de emociones se relacionan con el comportamiento problemático, en contraposición altos niveles de inteligencia emocional se relacionan con la realización de conductas prosociales y altruistas.

Por lo tanto, podemos pensar que la inteligencia emocional actúa como un factor protector de la conducta antisocial, desarrollando habilidades como la comprensión, la empatía, y la autorregulación emocional. En un estudio de Zavala y López (2012) donde se pretendía analizar el papel de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) en la disposición de los adolescentes a realizar conductas de riesgo psicosocial, los resultados indicaron que si el adolescente cuenta con recursos emocionales y de afrontamiento del estrés presentará menor probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo. Esto nos lleva a plantear el entrenamiento en habilidades emocionales e inteligencia emocional como un aspecto básico a tratar en los programas que trabajen la mejora del bienestar psicológico y la calidad de vida relacionada con la salud.

Además de los aspectos individuales del niño ya comentados, existen una serie de peculiaridades del entorno del menor que pueden actuar como factor protector o factor de riesgo en el desarrollo psicológico y social del niño. Con el entorno del menor nos referimos sobre todo a la familia, ya que, mediante la socialización familiar y las prácticas educativas, los padres transmiten estrategias, normas y valores que los niños interiorizan, regulan su conducta e influyen notablemente en el ajuste socioemocional del niño y en el desarrollo de hábitos y conductas.

Los padres que durante la infancia se implican en las actividades de sus hijos, les comunican expectativas de comportamiento claras y recompensan las conductas ajustadas, contribuyen a disminuir la probabilidad de conductas de riesgo. La comunicación, el afecto y el control parentales son variables particularmente importantes para promocionar una forma de autonomía en los hijos, que esté basada en el ajuste socioemocional y en la capacidad de adaptación a las relaciones y a la vida social, así como para prevenir conductas de riesgo (Elzo, 2002; Lila y Gracia, 2005, citado en Pons y Buelga, 2011). Otro factor de protección sería la calidad de la comunicación que se establece dentro del sistema familiar, la cohesión familiar y la consistencia de estilos educativos de los padres se considera fundamental y reduce la vulnerabilidad grupal y la aparición de conductas de riesgo.

Moreno y colaboradores (2009), han demostrado que un clima familiar negativo, con problemas de comunicación y carencia de afecto y apoyo, se asocia con el desarrollo de problemas de comportamiento dentro y fuera de la escuela, y dificultades en el desarrollo de capacidades protectoras como la interacción social o la empatía; además la forma en que el menor percibe el clima familiar influye directamente en el desarrollo de habilidades

socioemocionales, y en las conductas que lleva a cabo. Esta fue una de las razones fundamentales de incluir tutorías con los padres en el programa, con el objetivo de mejorar las relaciones entre padres e hijos y que los niños/as puedan generalizar lo aprendido en el programa a otros contextos como la familia o la escuela.

➤ **Deporte y ocio saludable.**

Las amistades del niño o adolescente influyen de forma muy significativa en sus comportamientos, el tiempo que pasa con sus iguales fuera de la escuela suele ser tiempo de ocio en el cual existen gran variedad de conductas posibles a realizar. Los padres y la escuela pueden influenciar al menor en las actividades extraescolares y de tiempo libre que este realiza, para favorecer actividades estructuradas y adaptadas que actúen como factores de protección, convirtiendo los escenarios de ocio en espacios socializadores positivos.

Teniendo en cuenta a Parra (2010) (citado en Navarro, Uceda y Pérez, 2013), el ocio debe ser divertido y repleto de aprendizajes tales como, aprender a probar, a tolerar las frustraciones, prevenir los fracasos, extraer consecuencias, ganar y perder, conocer nuestros límites, y afianzar retos. De esta forma desarrollamos nuestro conocimiento y nuestros valores, permitiéndonos evitar desviaciones sociales. Por otro lado, el ocio puede actuar como factor de riesgo cuando se trata de un ocio desestructurado, favoreciendo el desarrollo de actividades delictivas (Navarro et al., 2013). El tiempo de ocio no debe convertirse en una rutina ni ser banalizado, puesto que favorecería llevar a cabo conductas de riesgo durante el tiempo que se dedique al entretenimiento.

Es indudable que el ocio es un agente socializador fundamental en la vida del adolescente, tanto si se encuentra en riesgo como si no, se trata de un tiempo en el que genera identidad, se integra en el grupo, aprende y se desarrolla. Por ello es importante motivar a los niños y jóvenes a realizar actividades de ocio estructuradas, donde adquieran valores y habilidades positivas que favorezcan una socialización adecuada y la adquisición de un grupo de iguales alejado de conductas violentas y delictivas, además de proporcionar estilos de vida saludables.

El estudio de la práctica deportiva y sus beneficios para los niños, adolescentes y jóvenes está muy extendido en ámbitos como la educación o la medicina, incluso la Ley Orgánica de Educación (LOE 8/2013, 2016) promueve el desarrollo de estas prácticas como ocio saludable, beneficioso para el desarrollo personal y social del menor. La mayoría de estos

estudios coinciden en que lo saludable es inherente a la propia práctica, necesaria en el currículum escolar y extraescolar por parte de todos los agentes educativos implicados en la educación y desarrollo del individuo.

En un estudio sobre la visión de la práctica deportiva como actividad de ocio, se encontró que tanto padres, como profesores y los propios menores consideran importante la práctica deportiva como medio para mejorar su salud (Ramos, Ponce de León, y Valdemorós, 2009). Las actividades preventivas pueden tener un carácter sustitutivo, evitando hábitos nocivos, o un fin propio a través del poder saludable de este tipo de actividades. En base a estos resultados, la implantación de un programa que prevenga la aparición de conductas de riesgo y mejore la calidad de vida relacionada con la salud, a través de la práctica deportiva, puede fomentar tanto el desarrollo adecuado a nivel personal y social, como unos hábitos de ocio saludables y positivos, de esta manera ambos factores se retroalimentan y se refuerzan en la vida del menor.

La práctica deportiva forma parte de la formación integral del ser humano, ya que sus beneficios no se limitan únicamente a aspectos físicos, sino que influencia sobre funciones psicológicas y sociales. Además, el deporte contiene una serie de valores, sociales y personales, que revierten en beneficio para sus participantes, se traducen en cualidades como la lealtad, la cooperación, el valor, la resolución de conflictos, la fuerza de voluntad, el dominio de sí mismo, la resistencia, y la perseverancia o determinación (Gutiérrez, 2004). Así, el deporte se convierte en una herramienta excelente a la hora de educar a las personas, en especial en hábitos saludables y valores prosociales. La práctica deportiva desde el nacimiento favorece el desarrollo motor, psicomotor y la socialización de los niños, beneficios que continúan durante la juventud y la madurez.

De unos años hacia aquí, el modelo deportivo adulto, persiguiendo constantemente la excelencia y el espectáculo ha invadido la práctica deportiva como medio de educación integral y salud en los niños. Varias investigaciones coinciden en que la práctica deportiva puede ser buena o mala en función de cómo se desarrolle su práctica (Gutiérrez, 2004). El deporte bien utilizado puede traer muchos beneficios para los menores, como la educación en valores prosociales, el respeto de las normas, el alivio del estrés, el disfrute y las relaciones sociales; mal utilizado puede promover la vanidad personal, el deseo único de victoria el odio por los rivales y un espíritu de intolerancia hacia los demás. Por lo tanto, debemos defender el valor del deporte como herramienta para la educación

integral del ser humano, sin dejarnos llevar por el deporte de espectáculo y el afán de triunfo. Los niños deben aprender también a fracasar para desarrollar aspectos como la flexibilidad cognitiva, la tolerancia a la frustración, y los sentimientos negativos que se producen en estos casos, mejorando de esta forma los niveles de inteligencia emocional del niño.

La práctica de actividad física y deportiva aparece en la sociedad contemporánea como elemento de calidad de vida y de ocio saludable, cada vez más utilizado como objeto de intercambio social. Del mismo modo ciertas formas de actividad física están relacionadas con el bienestar psicológico y la reducción del riesgo de algunos problemas de salud tanto a nivel físico como mental, a todas las edades y en ambos géneros. Se ha encontrado que la práctica de actividad física y deporte, practicados regularmente, ayudan a un desarrollo adecuado de la autoestima y a la mejora diversos aspectos relacionados con la salud mental como el autoconcepto (Gutiérrez, 2004).

- ***Deporte y estilos de vida:***

El contexto social y los cambios tecnológicos parecen haber modificado los estilos de vida de niños, adolescentes y jóvenes, apartando la actividad física a un segundo plano y dejando más espacio a actividades sedentarias, lo que supone un riesgo que aumenta las probabilidades de futuros problemas de salud. Sin embargo, ha quedado ampliamente demostrado que los patrones de ejercicio adquiridos en la infancia y adolescencia suponen uno de los mejores predictores de los niveles de actividad en la vida adulta, puesto que a menudo, los patrones de conducta consolidados en la infancia se mantienen durante toda la vida (Gutiérrez, 2004). Si los niños/as adquieren estilos de vida activos y saludables, los hábitos instaurados en las primeras edades marcarán la continuidad de este estilo cuando sean adultos. Consecuentemente, parece necesario fomentar este tipo de actividades desde niños/as, tanto en la escuela como fuera de ella, creando hábitos saludables que actúen como factores protectores de problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, físicos como la obesidad, o sociales como el aislamiento.

- ***Deporte, educación en valores y desarrollo moral:***

Diversos profesionales tanto de la educación física como de la pedagogía y la psicología destacan el valor educativo del deporte para el desarrollo psicosocial del individuo, así como un medio de integración social y cultural. El deporte, bien entendido, aparece como una forma de educar en cualidades positivas como la lealtad, la justicia, el afán de

superación, la convivencia, el respeto, el compañerismo, el trabajo en equipo, la responsabilidad, etc. Varios estudios han encontrado que los valores prosociales (benevolencia, cooperación, ayuda y colaboración), se relacionan con comportamientos más prosociales. Los jóvenes que presentan mayor capacidad prosocial o mayor inteligencia emocional son valorados como mejor adaptados socialmente (Jiménez y López-Zafra, 2011, citado en Fernández et al., 2015).

En las últimas décadas se han desarrollado programas de intervención dedicados al desarrollo de valores a través de la práctica físico-deportiva: “fair-play para niños” (Bredemeier et al., 1986; Gibbons, Ebbeck y Weiss, 1995; Wandzilak et al., 1988); “desarrollo de habilidades para la vida” (Danish y Nellen, 1997); «enseñanza de responsabilidad social y personal» (Hastie y Buchanan, 2000; Hellison, 1995); «programas de educación sociomoral» (Miller, Bredemeier y Shields, 1997); y «deporte para la paz» (Ennis et al., 1999) son algunos de los más llamativos (véase Gutiérrez, 2004). Todos estos programas se basan en dos teorías principales: la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986), y la teoría del desarrollo estructural, fundamentada en el desarrollo del razonamiento moral (Haan, 1978; Kohlberg, 1969; Rest, 1984). En nuestro país también se han llevado a cabo programas de este tipo con buenos resultados (Escartí et al., 2002; Gutiérrez et al., 2002; Gutiérrez y Vivó, 2002; Jiménez, 2000; Pardo, 2003; Vivó, 2001, citados en Gutiérrez, 2004), lo que motiva a seguir trabajando en esta dirección a través de programas como el que aquí se propone.

Actualmente las propuestas sobre la mejor manera de educar en la práctica deportiva se asocian con la teoría ecológica, a partir de un planteamiento global, donde se pretende mejorar las relaciones del individuo con su propio cuerpo y con el entorno físico, donde la actividad física aparece como lúdica, pero a la vez educativa, intencional sistemática y rigurosa. Estas relaciones deben ser dinámicas, para que unas influyan sobre otras, algo que sólo ocurrirá si son coherentes y se ajustan al objetivo final de la educación integral del individuo (Gutiérrez, 2004). Las personas que rodean al individuo son denominadas como sus “otros significativos”, que actúan como agentes de socialización e influyen en gran medida en las decisiones y formas de actuar ante el fenómeno de la práctica deportiva, estos agentes influyen sobre todo cuando el niño está en edad escolar, pero no dejan de influir a la persona durante todas las etapas de su vida, al igual que ocurre con los medios de comunicación. Por tanto, los adultos y sistemas de referencia deben ser

responsables, aunar fuerzas en la misma dirección y proporcionar modelos adecuados, positivos y que favorezcan su adecuado desarrollo.

Cada vez existe mayor consenso en cuanto a que las actividades extraescolares son un importante recurso para estimular el desarrollo de los niños y adolescentes, sobre todo para aquellos que viven en entornos más desfavorecidos (Eccles y Gootman, 2002; Zambon et al, 2010, citados en Hernando, Oliva, y Pertegal, 2013), la existencia de programas en los que los chicos puedan mejorar su calidad de vida a través de actividades de este tipo fuera de la jornada escolar está muy extendida en países del norte de Europa o EE.UU, pero no sucede lo mismo en nuestro país, donde la mayoría de programas de este tipo tienen un corte eminentemente educativo, dejando a un lado el ocio y la práctica de actividades extraescolares. Por ello el proyecto que aquí se plantea da más importancia a la práctica deportiva y de actividades de ocio saludable, sin dejar de lado el contenido educativo necesario para el desarrollo de los menores.

- ***Diversos estudios al respecto:***

Estudios recientes, realizados con muestras españolas, han encontrado que los menores deportistas muestran menos actitudes y conductas desviadas, a la par que más conductas extrovertidas, consideradas, respetuosas, disciplinadas y se perciben como más populares y seguros (Pelegrín, Garcés de los Fayos y Cantón, 2010). Esto confirma la idea de que la práctica deportiva aparece como un factor protector ante este tipo de conductas, especialmente en la primera adolescencia, en el programa se trabaja con los niños antes de comenzar esa primera adolescencia afianzando la práctica de actividad física, como un hábito, e interiorizando los valores positivos derivados de la misma, para que actúe como factor de protección en posteriores etapas vitales.

Aunque es cierto que estos comportamientos se suelen dar más en los niños que en las niñas (Archenbach y Edelbrock, 1986; Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Moffitt, Caspi, Rutter y Silca, 2003; Pelegrín y Gacés de los Fayos, 2009, citados en Pelegrín et al, 2010), y que los chicos suelen ser más activos físicamente que las chicas, más sedentarias por norma general (Currie et al., 2012; Farhat, Iannotti y Simons-Morton, 2010; King, Wold, Tudor-Smith y Harel, 1996; Litt, Iannotti y Wang, 2011; Melkevik, Torsheim, Iannotti y Wold, 2010; Wold, Currie, Torsheim y Samdal, 1998, citado en Hernando et al. 2013) en este programa se dieron las mismas oportunidades a ambos géneros, puesto que no consideramos las diferencias razón suficiente para dar prioridad a

unos sobre otros. Motivando de esta manera a la práctica deportiva desde pequeños, aunque poniendo especial atención a la motivación de las niñas a medida que aumenta su edad, puesto que se conoce que el riesgo de abandono es mayor.

Un estudio de Pelegrín et al. (2010) muestra que los menores deportistas muestran más comportamientos prosociales y adaptativos, son más extrovertidos, más sensibles y respetuosos, realizan comportamientos más controlados, se muestra líderes ante los iguales, son menos antisociales, y muestran menos conductas neuróticas y de ansiedad que los no deportistas. Estas diferencias entre grupos ya aparecen en el grupo de 9 a 12 años, y van aumentando con la edad. Es importante resaltar que los beneficios del deporte organizado no se consiguen de forma automática, sino que la práctica regular, y la supervisión adulta que estructure, supervise y refuerce las actividades y comportamientos positivos se hace fundamental para convertirlo en un hábito saludable dentro de la vida del menor.

La elección del baloncesto como deporte principal a practicar se debe no sólo a la colaboración con la Fundación Club Baloncesto Granada, sino a que supone el segundo deporte más practicado por los niños, y el más demandado en muchos centros escolares (López, 2011). Además, se trata de un deporte muy completo, que desarrolla habilidades como el equilibrio, la concentración, el autocontrol, la confianza, y la rapidez de ejecución, junto con beneficios a nivel físico, tales como, una buena circulación sanguínea, agilidad muscular y desarrollo de reflejos precisos, todos ellos repercuten en beneficios para la salud de los niños en general.

Además de lo anteriormente citado el baloncesto proporciona ciertos beneficios entre los que destacan: aumento de la vitalidad y mejora la resistencia a la fatiga, proporcionando más energía y capacidad en trabajo y estudio. Ayuda a combatir el estrés, la ansiedad y la depresión, de modo que facilita la relajación y disminuye tensión, además de que ayuda a conciliar el sueño. Al ser un ejercicio aeróbico (activa gran parte de los grupos musculares y obliga la movilización de aire), fortalece a los pulmones, mejora la circulación de oxígeno en la sangre y quema importante número de calorías, ayudando a mantener el peso ideal. Fomenta la convivencia entre iguales y familiares, además de que da oportunidad de conocer gente. Mejora de la autoestima y autoimagen. Favorece estilos de vida libres de tabaco, alcohol y otras drogas, y reduce la violencia en personas

temperamentales. Estimula la liberación de endorfinas, las llamadas “hormonas de la felicidad” (Amitiel, 2010 y Jiménez, 2014).

4. ESTUDIO EMPIRICO.

- ***Objetivos e hipótesis.***

Las actividades del programa Baloncesto y Más fueron programadas en base a la consecución de una serie de objetivos generales:

- Mejorar la calidad de vida de los menores a través del ocio saludable (práctica deportiva).
- Favorecer estilos de vida saludable a través de actividades de ocio estructuradas y saludables, utilizando recursos al alcance de los menores.
- Desarrollar habilidades y comportamientos prosociales que eviten la aparición y mantenimiento de conductas de riesgo.
- Contribuir a un mayor apoyo social y desarrollar amistades positivas.

Junto a estos objetivos generales se desarrollan una serie de objetivos más específicos que se concretan de la siguiente forma:

- Mejorar la salud autopercebida de los menores y sus familias.
- Desarrollar la inteligencia emocional en los menores que pertenecen al programa.
- Mejora de la autoestima de los menores que participan en el programa.
- Generalizar comportamientos prosociales aprendidos en el programa a otros ámbitos como el hogar y la comunidad.

En base a las evidencias anteriormente citadas y a los objetivos propuestos planteamos como hipótesis principal que se producirá una mejora de la calidad de vida de los participantes del programa. Además, existen otras hipótesis más específicas que también son importantes para valorar si el programa consigue sus objetivos: se pretende demostrar que la práctica deportiva estructurada junto con actividades psicoeducativas mejorará las competencias prosociales descritas con anterioridad que se trabajan durante el programa, es decir, se espera una mejoría en los niveles de autoestima y autoconcepto, un mayor desarrollo de habilidades sociales, y una mejora de la inteligencia emocional en los participantes del programa. Por último, es de esperar una generalización de los comportamientos aprendidos al entorno el menor (hogar y comunidad).

- ***Participantes.***

Los participantes del estudio (N=15) se dividieron en dos grupos al azar, un grupo experimental que recibió la intervención (Grupo 1, N=7, 2 niñas y 5 niños de entre 11 y 12 años), y un grupo control (Grupo 0, N=8, 3 niñas y 5 niños, de entre 9 y 12 años)

Todos los participantes se encontraban escolarizados en diferentes centros públicos de Granada ciudad, que se encontraban en situación de riesgo a nivel socio-familiar y que acudían al centro de día “Abu Said” de la asociación Aldeas Infantiles SOS Granada. Los participantes fueron elegidos en función su la edad, su interés por la práctica deportiva y por la realización de actividades de ocio, y sus posibilidades de acudir a la actividad (incompatibilidad de horarios con otras actividades, etc.).

Por otro lado, sería reseñable la participación de un grupo de hermanos, uno de los cuales participó en la intervención y otro quedó en lista de espera, a nivel cuantitativo no se han analizado las diferencias entre ambos, pero si a nivel cualitativo.

Del mismo modo se trabajó de forma periódica, aproximadamente cada 20 días, con las familias de estos menores, mediante sesiones específicas sin interferir en las sesiones de los niños. La mayor implicación se observó en las figuras femeninas de la familia ya que acudieron principalmente a estas sesiones las madres o abuelas de los niños, solo en dos ocasiones acudieron algunos padres; siendo ellas también quienes se encargaron de rellenar los cuestionarios.

- ***Diseño y procedimiento de la investigación.***

Se ha llevado a cabo una investigación de tipo experimental de la siguiente forma: se dividió la muestra total en dos grupos al azar, un grupo experimental que recibió la intervención, y un grupo control que quedó en lista de espera y recibió la intervención un tiempo después de finalizar el estudio. Se evaluó a ambos grupos tanto al inicio (medida PRE), como al final (medida POST) del estudio, al mismo tiempo se llevó a cabo una evaluación inicial y final (medida PRE y POST) con las familias de todos los niños participantes en el estudio (Grupo 1 y 0).

Todos los participantes y sus familias firmaron un consentimiento (ANEXO I) para autorizar la participación en el programa, unido a ello el estudio ha sido llevado a cabo cumpliendo todos los preceptos éticos de la investigación con humanos y ha sido

supervisado por la tutora y el comité de ética de la UJA, y el director del centro de día “Abu Said”. Es decir, nuestro estudio cumple las garantías éticas necesarias para su realización.

Previamente al comienzo del estudio se llevó a cabo la evaluación inicial con la totalidad de los participantes, y de la misma manera se llevó a cabo la evaluación final de todos los participantes la semana posterior a finalizar la intervención con el grupo experimental. Junto con estas evaluaciones, durante cada sesión se llevó a cabo una valoración cualitativa por parte de los participantes del grupo experimental para obtener un feedback sobre lo trabajado durante esa sesión (ANEXOII). Todas las familias rellenaron los cuestionarios iniciales y finales en sus domicilios, acompañadas por un educador previamente preparado para llevar a cabo el proceso, coincidiendo en temporalidad con la evaluación cumplimentada por los menores. Además, con las familias del grupo experimental se llevó a cabo una evaluación final a nivel cualitativo sobre el programa en general (ANEXO III).

Todo el proceso de evaluación con los menores ha sido llevado a cabo por la autora del programa y del presente estudio, contando con la ayuda de un educador del centro para la evaluación con las familias y la ayuda de una voluntaria de Aldeas Infantiles SOS Granada en las actividades y sesiones con el grupo experimental.

- ***Instrumentos de evaluación.***

Para llevar a cabo la evaluación de las distintas variables se han utilizado instrumentos, cuestionarios y escalas, validados ya en muestras españolas, es decir, con una fiabilidad y validez ya contrastada. A continuación, se detalla cada instrumento y las variables que se pretenden medir con cada uno de ellos:

- KIDSCREEN 27 (Ravens-Sieberer, 2004): Los menores rellenan la versión autoinforme y los padres la versión heteroinforme, ambas versiones con los mismos ítems y subescalas. Compuesto por 27 ítems cada versión con una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos (1=Nunca/No del todo a 5=Siempre/extremadamente). Incluye 5 subescalas iguales en ambas versiones: Actividad Física y Salud, Estado de Ánimo y Sentimientos, Vida Familiar y Tiempo Libre, Apoyo Social y Amigos, Entorno Escolar, y Aceptación Social. Utilizado para valorar la salud autopercebida de cada niño y la percibida por los

padres, valorando así la calidad de vida en función de la salud. Su duración varía entre 10-15 minutos, se puede aplicar de forma individual o colectiva; y proporciona un perfil de salud permitiendo una interpretación de las 5 subescalas. Se trata de la versión reducida del KIDSCREEN -52, cuenta con una validez de constructo satisfactoria ya que el cálculo del análisis factorial explica el 56% de la varianza y la fiabilidad de cada una de las 5 dimensiones, el alfa de Cronbach es mayor a .70. (Ravens-Sieberer,2004) (ANEXOIV)

- Cuestionario de Inteligencia emocional para alumnos de 7 a 18 años (Prieto, 2012, Adaptación del Cuestionario de Inteligencia Emocional (EQ-iYV) (Bar-On y Parker, 2000), para niños de 7 a 18 años, consta de 60 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert de 1 a 4 (1=Nunca me pasa a 4=Siempre me pasa). Cuenta con 6 subescalas: Intrapersonal, Interpersonal, Manejo del estrés, Adaptabilidad, Estado de ánimo, Impresión positiva. Con ellos se pretende medir la mejora en los niveles de inteligencia emocional de los niños participantes en el estudio. Se necesitan aproximadamente unos 25 minutos para completarlo y se puede hacer de forma colectiva o individual; proporciona un perfil individual del sujeto a nivel emocional.

Dicho cuestionario cuenta con una excelente fiabilidad y validez, todos los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas se sitúan entre .77 y .86; y cuenta con baremos para población española según el género y la edad (Prieto, 2012).

- Escala de autoestima de Rosemberg (EAR) (Rosemberg, 1965, en Rosemberg 1989), rellena por los participantes, consta de 10 ítems del 1 al 5 las respuestas de la A a la D se puntúan de 4 a 1, y de los ítems 6 a 10 las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. El cuestionario permite explorar el nivel de autoestima de la persona de la siguiente forma: menos de 25 puntos muestran una autoestima baja y la existencia de problemas significativos de autoestima, entre 26 y 29 puntos muestra una autoestima media, sin problemas graves, pero que conviene mejorar; puntuaciones iguales o superiores a 30 puntos indican una autoestima elevada, es decir un buen nivel de autoestima. Su duración estimada es de 5 minutos y se puede aplicar de forma individual o colectiva.

La escala ha sido traducida y validada en castellano, su consistencia interna se encuentra entre .76 y .87 (alfa de Cronbach), y su fiabilidad es de .80. (Rosemberg, 1989).

- Escala de autoconcepto LAEA (Garaigordobil, 2011), se trata de un listado con 57 adjetivos que cumplimentan los participantes a partir de una escala tipo Likert que va de 0 a 4 (0=Nada a 4=Mucho). Este listado proporciona una visión del autoconcepto físico, emocional, social e intelectual. Su duración es de entre 10-15 minutos y se puede aplicar tanto de forma individual como colectiva. Dicha escala presenta buena fiabilidad y validez, mostrando una consistencia interna superior a .075 en todos los casos (alfa de Cronbach) (Garaigordobil, 2011).
- Casa y Comunidad. Escalas de comportamiento social (CCES) (Salazar y Caballo, 2005, traducido de Merrell, 2002), rellena por los padres de los participantes, consta de 64 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Nunca a 5=Frecuentemente), dividida en dos escalas cada una de 32 ítems: la escala A sobre Competencia Social (subescalas Relación con los compañeros y Autocontrol/Obediencia), y la escala B sobre Comportamiento Antisocial (subescalas Desafiante/perturbador y Antisocial/agresivo). Rellenada por los padres, cuidadores o responsables del niño, que permite obtener un perfil sobre la competencia social y el comportamiento antisocial del sujeto. La escala original cuenta con una buena fiabilidad y validez, situándose alfa de Cronbach entre .59 y .72. (Merrell, 2002).
- Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (Monjas, 1994), con dos versiones, una a rellena por los participantes (versión autoinforme), y otra a rellena por los padres de los participantes (versión heteroinforme), ambas de 60 ítems que se rellenan con una escala tipo Likert de 5 puntos (1=Nunca a 5=Siempre). Se incluyen 6 subescalas en ambas versiones, cada escala cuenta con 10 ítems: Habilidades sociales básicas, Habilidades para hacer amigos, Habilidades conversacionales, Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, Habilidades de solución de problemas, y Habilidades de relación con adultos. Sumando la puntuación de las subescalas se obtiene una puntuación total que sirve para valorar el nivel de habilidades sociales de los niños en general y por dimensiones.

- ***Procedimiento y metodología.***

Se trata de un estudio experimental con una metodología de evaluación pre y post intervención y la comparación de un grupo experimental con un grupo en lista de espera,

con el que posteriormente se realizó la misma intervención. Mientras el grupo experimental recibió la intervención, los monitores del centro de día realizaron otras actividades deportivas y de ocio con los niños del grupo en lista de espera y los que no participaron en el estudio.

El proyecto se ha llevado a cabo en 8 sesiones grupales con los menores de 3h de duración, una vez a la semana. Las actividades deportivas y psicoeducativas se llevaron a cabo en su mayor parte en una pista de baloncesto exterior de un colegio público cercano al centro de día (cedida gratuitamente a la asociación una tarde a la semana), para el resto de actividades y para la evaluación se disponía de una sala en el centro de día. A este tiempo se le ha añaden 3 salidas de ocio (ver partidos de baloncesto en el Palacio de Deportes de Granada), programadas en fin de semana, y las 3 sesiones con los padres de 2 horas de duración cada 20 días aproximadamente desde el inicio del programa, llevadas a cabo en una sala del centro de día diferente a la que utilizada con los menores. En total, el programa consta de 6 bloques en los que se reparten las diferentes sesiones de la siguiente manera:

BLOQUE INICIAL: Presentación.

En este bloque se creó una relación grupal entre los menores que facilite la realización de las siguientes sesiones y el resto de actividades. Se considera fundamental para el adecuado desarrollo del programa.

- **SESIÓN 0:** En esta sesión se realizaron juegos de presentación y dinámicas para crear cohesión de grupo durante la primera hora en la pista deportiva, junto con juegos relacionados con el baloncesto. Establecimiento de las normas del programa. Se proporcionó información sobre horarios, objetivos y actividades, se llevó a cabo la evaluación inicial, y la entrega de la documentación necesaria para que los padres cumplimenten y entreguen en la siguiente sesión (FAMILIA I) La sesión dará comienzo en la sala donde se impartieron también actividades psicoeducativas después de la práctica deportiva.
- **SESIÓN FAMILIA I. *Afecto y creación de hábitos:*** Mediante una pequeña charla psicoeducativa y actividades de práctica con ejemplos cotidianos se trabajó con los padres la importancia de las rutinas y normas en la vida de los pequeños. Al mismo tiempo, mediante una pequeña dinámica de confianza en la que tenían que

guiarse unos a otros a ciegas, se trabajó la confianza y afecto en las relaciones familiares y así favorecer el aprendizaje de formas de interrelación adecuadas por parte de los menores. A esta sesión inicial acuden 6 madres y un padre, es decir, un representante por cada familia de los menores del grupo experimental.

A partir de aquí en todas las sesiones se llevó a cabo la misma metodología, durante 2h y 30 minutos se realizó la práctica deportiva en la pista de baloncesto, en la que se incluyeron actividades psicoeducativas dentro de los ejercicios deportivos, o se intercalaron utilizando los descansos entre ejercicios de aprendizaje del baloncesto con actividades de mejora de las distintas variables planteadas en el programa.

BLOQUE I: Inteligencia emocional y empatía.

Este bloque pretende que los menores desarrollen sus capacidades emocionales, adquiriendo conocimientos sobre las mismas y estrategias para su regulación. En este bloque se introdujo el aprendizaje de unos ejercicios de relajación (respiración abdominal y ciclos de tensión-distensión) que ayudan a manejar sus emociones y sus estados de activación corporal. A partir de aquí todas las sesiones acabaron con 15 minutos de ejercicios de relajación y la evaluación de la sesión.

- **SESIÓN 1: *Conocimiento corporal y expresión de emociones:*** Comienza el bloque proporcionando información a los menores de las diferentes emociones básicas, sus expresiones faciales y los cambios físicos que producen mediante dinámicas en las cuales ellos mismo experimenten estas emociones y sean capaces de identificarlas en sus compañeros. Al mismo tiempo deben aprender que existen emociones complejas fruto de la conjunción de varias simples, y el hecho de que somos capaces de sentir más de una emoción al mismo tiempo. Todo ello se llevó a cabo mediante actividades de escaneo corporal, expresión emocional en situaciones de juego y la dinámica del mimo de las emociones, incluidas en los ejercicios de práctica deportiva.
- **SESIÓN 2: *Relación pensamiento-emoción:*** El objetivo de esta sesión es dar a conocer a los participantes el esquema de comportamiento: Situación-Pensamiento-Emoción, y de qué manera los que sentimos nos llevan a comportarnos de una forma u otra. Mediante el aprendizaje de nuevas habilidades en baloncesto y competiciones, se analizan los pensamientos que surgen ante los

errores, aciertos, o comportamientos de otros compañeros y se analizan los sentimientos que provocan esos pensamientos. Además, se utiliza un descanso para leer la historia del martillo, un pequeño cuento para trabajar la regulación pensamiento-emoción, y se debate sobre ello.

- **SESIÓN 3: *Regulación emocional y empatía:*** Durante esta sesión se pretende hacer conscientes a los menores de las diferentes formas de expresar nuestros sentimientos y sus consecuencias sobre los demás. Se busca, mediante la dinámica del semáforo y analizando situaciones reales que se producen en el juego, poner en práctica lo aprendido, trabajando la comunicación asertiva, evaluando y valorando las consecuencias de sus actos. La práctica en expresión de emociones y la comprensión de cómo los pensamientos afectan a nuestros sentimientos y comportamientos, ayudaron en este momento a practicar la capacidad de empatía y así favorecer las conductas de ayuda entre los participantes.
- **SESIÓN FAMILIA II. *Asertividad y empatía:*** En esta sesión se trabajó con las 5 madres que asistieron los distintos estilos de comunicación y el desarrollo de actitudes empáticas dentro de las relaciones familiares, mediante actividades de role-playing y el juego de las películas (con situaciones y emociones). Se trató de mejorar el clima familiar y facilitar una comunicación eficaz entre padres e hijos.

BLOQUE III: Autoestima y autoconcepto.

El conocimiento de uno mismo y la adquisición de estrategias para una buena autoestima es el objetivo fundamental de este bloque con lo que se pretende mejorar la forma en que el menor se relaciona tanto consigo mismo como con sus iguales y los adultos.

- **SESIÓN 4: *Los demás y yo:*** Para comenzar el nuevo bloque y que exista cierta continuidad, se continuó utilizando la dinámica del semáforo dando gran importancia a las emociones que aparecen cuando aprendemos una nueva habilidad en la práctica deportiva. Aquí los menores se percatan de sus fortalezas y debilidades y expresarlas en grupo ayuda a mejorar la confianza y actitudes de empatía. Se aprovecha un descanso y un ejercicio a balón parado para enseñar y practicar algunas técnicas de comunicación asertiva con sus compañeros. Así se trabajó también la comunicación y desarrollar una interacción grupal positiva.

- **SESIÓN 5: *Autoestima*:** Se pretende en esta sesión que el menor conozca realmente lo que es la autoestima y la diferencia del autoconcepto, adquiera herramientas para mejorarla y así se convierta en un individuo más seguro de sí mismo. Para ello se utilizaron dinámicas como recordando a un amigo, el círculo de los cumplidos y la dinámica rojo-verde en la que se trabaja la expresión de aspectos positivos de otras personas y de uno mismo. Además, en la sala del centro de día se puso un buzón de la amistad y se leen la semana siguiente los mensajes escritos.

BLOQUE IV: Resolución de conflictos.

En este bloque se trabajó de forma directa la toma de decisiones y la resolución de conflictos. Pero además de forma indirecta, y aplicando lo aprendido en bloques anteriores y en las sesiones deportivas se incidió sobre los estilos relacionales y las habilidades comunicativas de los menores.

- **SESIÓN 6: *Ayuda y Toma de decisiones*:** Se preparó una gimkana en la que por parejas los niños/as debían superar una serie de retos para avanzar. Se pretende mediante el trabajo en equipo que los participantes se ayuden entre ellos para pasar a la siguiente prueba. Las diversas pruebas implican utilizar un proceso de toma de decisiones que llevaba a una consecuencia sobre la que cada pareja tiene que reflexionar, y en caso de tomar la decisión correcta pasaban a la siguiente prueba de la gimkana. Una vez finalizadas todas las pruebas se realizó un análisis de los procesos de toma de decisiones acontecidos y se trabajó sobre cómo debe llevarse a cabo dicho proceso. Por otro lado, se reforzaron las conductas prosociales de ayuda, remarcando la reciprocidad que implica este comportamiento.
- **SESIÓN 7: *Afrontamiento y resolución; la mediación*:** Tras una breve introducción teórica sobre los conflictos y sus formas de resolución, se trabajó con los menores que es un conflicto y como se pueden solucionar (Mediación, Negociación, Avasallamiento), realizando competiciones en las que surgen pequeños conflictos, poniendo en práctica la información dada. Además, se llevaron a cabo role-playing en el que los propios menores y los responsables participan poniendo ejemplos de situaciones cotidianas que podrían darse o se han dado durante el programa y enseñando a los menores diferentes formas de salir airoso de esa situación. Con esto se pretende que aprendan diferentes opciones a

la hora de afrontar situaciones problemáticas y trabajen sus estilos comunicativos, se practica también técnicas de asertividad de forma indirecta.

BLOQUE IV: Cierre y despedida.

- **SESIÓN FAMILIA III: *Resumen y evaluación:*** En esta sesión de cierre contamos con 5 madres con las que se trabajó las dificultades que tuvieron durante el programa en la puesta en práctica de nuevas habilidades o estrategias aprendidas. Se llevó a cabo un resumen de los aspectos trabajados en sesiones anteriores y por último rellenaron los cuestionarios pertinentes para valorar el grado de consecución de los objetivos.
- **SESIÓN 8: *Despedida:*** Cierre del taller con una sorpresa para los menores, conocer a los jugadores del equipo Covirán Granada de Leb Plata y ver un entrenamiento, poniendo en práctica habilidades aprendidas a la hora de comunicarse con los jugadores, y habilidades deportivas practicando y aprendiendo tucos y técnicas de la mano de jugadores profesionales. Posteriormente los niños/as rellenaran los cuestionarios pertinentes para la valoración de la consecución de los objetivos.

BLOQUE V: Actividades de ocio y salidas.

Además de las sesiones programadas se acudió a 2 partidos del primer equipo de Club Fundación baloncesto Granada de forma gratuita para los niños y padres que participaron en el programa.

5. RESULTADOS.

Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos en las evaluaciones, antes y después de la intervención, se han utilizado pruebas no paramétricas (prueba de Wilcoxon y prueba de Mann-Whitney), debido al pequeño tamaño de la muestra ($N=15$). En primer lugar, se llevó a cabo una comparación de muestras relacionadas en las que se analizaron las diferencias entre la medida previa a la intervención (PRE) y la medida posterior a la intervención (POST), primero dentro del grupo control y posteriormente en el grupo experimental. En segundo lugar, se llevó a cabo una comparación de muestras independientes para analizar las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control antes y después de la intervención.

➤ **Comparación de muestras relacionadas.**

Previamente a mostrar las diferencias significativas observadas en las diferentes variables analizadas y en las subescalas de esas variables, en la Tabla 1 aparecen los estadísticos descriptivos que nos ayudan a comprender mejor los posteriores análisis.

TABLA 1

Estadísticos descriptivos para puntuaciones totales de las variables Autoestima, Autoconcepto, Calidad de vida, Competencia social y Comportamiento Antisocial, y Habilidades Sociales, para el grupo experimental (1) y el grupo control (0)

		Aut	Autoc	IE	CV	HHSS	CSA	CSB	CVF	HSF	
GRUPO	n	X (sd)									
1	Pre	7	30,43 (4,31)	174,43 (36,97)	184,00 (22,77)	113,43 (10,96)	216,00 (23,21)	109,71 (16,92)	99,00 (34,22)	93,00 (10,48)	217,71 (16,26)
	post	7	33,71 (4,75)	190,00 (33,31)	199,00 (23,45)	129,86 (10,25)	239,57 (27,47)	129,71 (13,21)	77,00 (29,89)	112,71 (9,63)	235,57 (17,40)
0	Pre	8	25,63 (3,93)	181,25 (16,95)	180,12 (16,29)	116,50 (11,88)	218,25 (17,72)	110,00 (22,73)	87,25 (26,60)	110,13 (9,75)	209,50 (8,85)
	post	8	27,25 (4,71)	183,63 (15,76)	186,25 (15,30)	120,38 (9,80)	225,75 (24,47)	111,25 (24,05)	86,13 (25,80)	111,88 (9,68)	211,63 (9,49)

NOTA: Aut=Autoestima, Autoc=Autoconcepto, IE= Inteligencia emocional, CV= Calidad de vida autopercibida, CVF= Calidad de vida heteropercibida, HHSS=Habilidades sociales autoinforme, HSF= Habilidades sociales heteroinforme, CSA=Competencia social, CSB=Comportamiento antisocial.

Los análisis realizados para la comparación de muestras relacionadas a través de la prueba de Wilcoxon sobre los resultados totales de las diferentes variables evaluadas señalan que: en el grupo experimental (grupo 1) se muestran una diferencia significativa antes y después de la intervención en todas las variables analizadas, es decir, hay una mejoría en la autoestima ($Z=-2,38, p<0,05$), la calidad de vida autopercibida ($Z=-2,36, p<0,05$) y heteropercibida ($Z=-2,37, p<0,05$), el autoconcepto ($Z=-2,38, p<0,05$), la inteligencia emocional ($Z=-2,37, p<0,05$) las habilidades sociales en la versión autoaplicada ($Z=-2,36, p<0,05$) y en la heteroaplicada ($Z=-2,37, p<0,05$), y las escalas de comportamiento social ($Z=-2,37, p<0,08$). En el grupo control (grupo 0) se encuentran diferencias significativas en las escalas de autoconcepto ($Z=-2,02, p<0,05$); habilidades sociales tanto en lo percibido por los propios menores ($Z=-2,37, p<0,05$), como en lo percibido por sus familias ($Z=-2,23, p<0,05$); y en la mejora de la calidad de vida percibida tanto por los propios niños/as ($Z=-2,39, p<0,05$), como en la percibida por sus familias ($Z=-2,07, p<0,05$), para más información se añaden a continuación todos los valores de las diferentes escalas.

Junto con el análisis de las puntuaciones totales, se llevó a cabo unos análisis específicos teniendo en cuenta las subescalas de las diferentes variables. Autoestima y Autoconcepto no se incluyen, ya que no cuentan con subescalas dentro de los cuestionarios. Debido a la cantidad de subescalas que se han analizado, previamente a presentar los resultados de la prueba de Wilcoxon, se han añadido en los anexos (ANEXO V) las tablas correspondientes a los estadísticos descriptivos de las subescalas de las variables Inteligencia Emocional, Calidad de Vida, Competencia social y Comportamiento antisocial y Habilidades sociales.

A continuación, se exponen los resultados de la prueba de Wilcoxon en las diferentes variables analizadas:

- Del análisis de las subescalas en la variable Inteligencia Emocional, se obtiene la siguiente información: en el grupo experimental se observa un cambio significativo en las subescalas Intrapersonal ($Z=-2,40, p<0,05$), Interpersonal ($Z=-2,38, p<0,05$), Adaptabilidad ($Z=-2,38, p<0,05$), y Estado de ánimo ($Z=-2,04, p<0,05$) entre las medidas antes y después de la evaluación. Obteniendo al mismo tiempo una puntuación marginal en la subescala Manejo del Estrés ($Z=-1,89, p=0,06$), que si bien no es significativa a nivel estadístico si muestra una tendencia de mejora en dicha subescala. Para el grupo control, sin embargo, no se observan cambios en ninguna de las subescalas.
- En el análisis de las subescalas de la variable Calidad de Vida, versión autoaplicada, podemos observar cambios significativos, en el grupo experimental, en todas las subescalas excepto en la variable Aceptación Social, y no se observan cambios en ninguna de las subescalas en el grupo control. Por otro lado, en la versión heteroaplicada, observamos cambios significativos en todas las subescalas para el grupo experimental, y únicamente un cambio en la subescala Entorno escolar en el grupo control (Véase tablas 2 y 3).

TABLA 2

Comparación entre evaluación post y evaluación pre en las escalas de la variable calidad de vida autoaplicada, en el grupo experimental (1) y en el grupo control (0)

GRUPO		POST_CV_	POST_CV_E	POST_CV_	POST_CV_A	POST_CV_E	POST_CV_
		AF -	A -	FL -	M -	C -	AS -
		PRE_CV_A	PRE_CV_E	PRE_CV_F	PRE_CV_A	PRE_CV_E	PRE_CV_AS
		F	A	L	M	C	
1	Z	-2,379 ^b	-2,379 ^b	-2,041 ^b	-2,214 ^b	-2,041 ^b	-1,633 ^b
	Sig	,017	,017	,041	,027	,041	,102
0	Z	-1,841 ^b	-1,342 ^b	-1,342 ^b	-1,342 ^b	-1,069 ^b	-1,342 ^b
	Sig	,066	,180	,180	,180	,285	,180

NOTA 1: a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. b. Se basa en rangos negativos

NOTA 2: AF=Actividad física y salud, EA= Emociones y sentimientos, FL= Vida familiar y tiempo libre, AM= Apoyo social y amigos, EC= Entorno escolar, AS= Aceptación social

TABLA 3

Comparación entre evaluación post y evaluación pre en las escalas de la variable calidad de vida heteroaplicada, en el grupo experimental (1) y en el grupo control (0)

GRUPO		POST_CVF_	POST_CVF	POST_CVF	POST_CVF_	POST_CVF	POST_CVF
		AF -	_EA -	_FL -	AM -	_EC -	_AS -
		PRE_CVF_A	PRE_CVF_	PRE_CVF_	PRE_CVF_A	PRE_CVF_	PRE_CVF_
		F	EA	FL	M	EC	AS
1	Z	-2,388 ^b	-2,371 ^b	-2,060 ^b	-2,379 ^b	-2,201 ^b	-2,271 ^b
	Sig	,017	,018	,039	,017	,028	,023
0	Z	-1,342 ^b	-1,732 ^b	-1,000 ^b	,000 ^c	-2,047 ^b	,000 ^c
	Sig	,180	,083	,317	1,000	,041	1,000

NOTA 1: a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. b. Se basa en rangos negativos. c. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos

NOTA 2: AF=Actividad física y salud, EA= Emociones y sentimientos, FL= Vida familiar y tiempo libre, AM= Apoyo social y amigos, EC= Entorno escolar, AS= Aceptación social

- En cuanto a los cambios observados en las habilidades sociales, tanto en la versión autoaplicada como en la versión heteroaplicada, en el grupo experimental se observan cambios significativos en todas las subescalas (Véase Tablas 4 y 5), mientras que en el grupo control sólo se observa un cambio significativo en la

subescala Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos ($Z=-2,23$, $p<0,05$).

TABLA 4

Comparación entre evaluación post y evaluación pre en las escalas de la variable habilidades sociales autoaplicada, en el grupo experimental (1) y en el grupo control (0)

GRUPO		POST_HHS	POST_HHS	POST_HHS	POST_HHSS	POST_HHSS	POST_HHSS
		S_B -	S_A -	S_C -	_ES -	_SPI -	_RA -
		PRE_HHSS	PRE_HHSS	PRE_HHSS	PRE_HHSS_	PRE_HHSS_S	PRE_HHSS_
		B	A	C	ES	PI	RA
1	Z	-2,388 ^b	-2,232 ^b	-2,375 ^b	-2,214 ^b	-2,041 ^b	-2,375 ^b
	Si	,017	,026	,018	,027	,041	,018
	g.						
0	Z	-1,300 ^b	-1,604 ^b	-1,890 ^b	-1,342 ^b	-,447 ^b	-1,753 ^b
	Si	,194	,109	,059	,180	,655	,080
	g.						

NOTA 1: a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. b. Se basa en rangos negativos

NOTA 2: B=Habilidades sociales básicas, A= Habilidades para hacer amigos, C=Habilidades conversacionales, ES= Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, SPI= Habilidades de solución de problemas, RA= Habilidades de relación con los adultos.

TABLA 5

Comparación entre evaluación post y evaluación pre en las escalas de la variable habilidades sociales heteroaplicada, en el grupo experimental (1) y en el grupo control (0)

GRUPO		POST_HSF	POST_HSF	POST_HSF	POST_HSF_	POST_HSF_S	POST_HSF_
		_B -	_A -	_C -	ES -	PI -	RA -
		PRE_HSF_	PRE_HSF_	PRE_HSF_	PRE_HSF_E	PRE_HSF_SP	PRE_HSF_R
		B	A	C	S	I	A
1	Z	-2,070 ^c	-2,032 ^c	-2,232 ^c	-2,388 ^c	-2,375 ^c	-2,401 ^c
	Si	,038	,042	,026	,017	,018	,016
	g.						
0	Z	,000 ^b	-1,000 ^c	,000 ^b	-2,232 ^c	,000 ^b	,000 ^b
	Si	1,000	,317	1,000	,026	1,000	1,000
	g.						

NOTA: a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. b. La suma de rangos negativos es igual a la suma de rangos positivos. c. Se basa en rangos negativos

NOTA 2: B=Habilidades sociales básicas, A= Habilidades para hacer amigos, C=Habilidades conversacionales, ES= Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, SPI= Habilidades de solución de problemas, RA= Habilidades de relación con los adultos

- En el análisis de las escalas sobre comportamiento social encontramos en ambos casos que no hubo cambio en el grupo control, tanto en las subescalas de la parte de Competencia Social (escala A), como en el apartado de Comportamiento antisocial (escala B). Sin embargo, si se observa un cambio significativo en las 4 subescalas para el grupo experimental (Véase tabla 6).

TABLA 6

Comparación de muestras relacionadas para las escalas de la variable comportamiento social en el grupo experimental (1) y en el grupo control (0).

GRUPO		POST_CSA_RC -	POST_CSA_AO -	POST_CSB_DP -	POST_CSB_AA -
		PRE CSA RC	PRE CSA AO	PRE CSB DP	PRE CSB AA
1	Z	-2,371 ^b	-2,366 ^b	-2,371 ^b	-2,371 ^b
	Sig.	,018	,018	,018	,018
0	Z	-1,897 ^b	-,879 ^b	-,351 ^b	-1,734 ^b
	Sig.	,058	,380	,726	,083

NOTA1: a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. b. Se basa en rangos negativos las escalas CSA_RC y CSA_AO y en rangos positivos las escalas CSB_DP y CSB_AA.

NOTA 2: CSA= Competencia Social, RC= Relación con los compañeros, AO= Autocontrol/Obediencia; CSB= Comportamiento antisocial, DP= Desafiante/ Perturbador, AA= Antisocial/Agresivo

➤ Comparación de muestras independientes.

En la comparación de muestras independientes se llevó a cabo un análisis de ambos grupos comparando sus puntuaciones al inicio y al finalizar la sesión. La tabla 7 nos presenta los estadísticos descriptivos en las puntuaciones de las diferentes variables: Autoestima, Autoconcepto, Inteligencia emocional, Calidad de vida, Competencia social y Comportamiento antisocial, y Habilidades sociales. Los estadísticos descriptivos de las subescalas, se incluyen en los anexos (ANEXO V) para poder visualizar los datos con mayor claridad.

TABLA 7

Estadísticos descriptivos para puntuaciones totales de las variables Autoestima, Autoconcepto, Calidad de vida, Competencia social y Comportamiento Antisocial, y Habilidades Sociales, para el grupo experimental (1) y el grupo control (0)

			Aut	Autoc	IE	CV	HHSS	CSA	CSB	CVF	HSF
GRUPO	n	X (sd)									
1	Pre	7	30,43 (4,31)	174,43 (36,97)	184,00 (22,77)	113,43 (10,96)	216,00 (23,21)	109,71 (16,92)	99,00 (34,22)	93,00 (10,48)	217,71 (16,26)
	post	7	33,71 (4,75)	190,00 (33,31)	199,00 (23,45)	129,86 (10,25)	239,57 (27,47)	129,71 (13,21)	77,00 (29,89)	112,71 (9,63)	235,57 (17,40)
0	Pre	8	25,63 (3,93)	181,25 (16,95)	180,12 (16,29)	116,50 (11,88)	218,25 (17,72)	110,00 (22,73)	87,25 (26,60)	110,13 (9,75)	209,50 (8,85)
	post	8	27,25 (4,71)	183,63 (15,76)	186,25 (15,30)	120,38 (9,80)	225,75 (24,47)	111,25 (24,05)	86,13 (25,80)	111,88 (9,68)	211,63 (9,49)

NOTA: Aut=Autoestima, Autoc=Autoconcepto, IE= Inteligencia emocional, CV= Calidad de vida autopercibida, CVF= Calidad de vida heteropercibida, HHSS=Habilidades sociales autoinforme, HSF= Habilidades sociales heteroinforme, CSA=Competencia social, CSB=Comportamiento antisocial.

Continuando con el análisis se ha llevado a cabo un análisis, a través de la prueba U de Mann-Whitney, en el que se comparó las puntuaciones de cada grupo tanto al inicio como al acabar la intervención.

Previamente a la intervención no se observan diferencias entre el grupo experimental (grupo 1) y el grupo control (grupo 0) ni en puntuaciones totales, ni en los análisis de las subescalas. Sin embargo, si se observan diferencias en favor del grupo experimental entre las percepciones de las familias de ambos grupos, en puntuaciones totales esto sucede únicamente en la variable Calidad de Vida, en su versión heteroaplicada ($Z=-2,37$, $p<0,05$). Si nos centramos en el análisis de las subescalas se observan dos diferencias entre las percepciones de las familias de ambos grupos en el momento previo a la intervención, que muestran puntuaciones menores en el grupo control que en el grupo experimental: una se da en la subescala de Actividad física y Salud, dentro de la variable Calidad de Vida en su versión heteroaplicada ($Z=-0,87$, $p<0,05$), y la otra en la subescala Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, dentro de la variable Habilidades Sociales en su versión heteroaplicada ($Z=-2,26$, $p<0,05$).

Posteriormente a la intervención observamos diferencias en dos de las variables en cuanto a los resultados totales se refiere, se observan mejoras en los niveles de Autoestima del grupo experimental respecto al grupo control ($Z=-2,26$, $p<0,05$) y en las Habilidades

Sociales según las familias, versión heteroaplicada, ($Z=-2,43$, $p<0,05$). Es importante señalar también la puntuación en la variable Calidad de Vida, versión autoaplicada ($Z=-1,79$, $p=0,07$), que a pesar de no ser estadísticamente significativa, muestra una tendencia a ello, siendo mayores las puntuaciones del grupo experimental.

Si nos centramos en los resultados de las subescalas de cada variable se observan diferencias significativas en varias subescalas, obteniendo mayores puntuaciones el grupo experimental: en la variable Inteligencia Emocional para la subescala Manejo del Estrés; en la variable Habilidades Sociales (versión autoaplicada) para la subescala Habilidades de relación con adultos; en la variable Calidad de Vida (versión heteroaplicada) para la subescala Estado de ánimo y sentimientos; en la variable Habilidades Sociales (versión heteroaplicada) para las subescalas Habilidades sociales básicas, Habilidades de solución de problemas, y Habilidades de relación con adultos (Véase tabla 8). Además, existe una puntuación marginal que si bien no es estadísticamente significativa es relevante para nuestro estudio debido a que se observa una tendencia a la mejoría en la subescala Aceptación Social ($Z=-1,99$, $p=0,06$), dentro de la variable Calidad de Vida en su versión autoaplicada.

TABLA 8

Comparación de muestras independientes, diferencias significativas en las subescalas de las distintas variables en el grupo experimental

	POST_IE_ ME	POST_HHSS_ RA	POST_CVF_ EA	POST_HSF B	POST_HSF_ SPI	POST_HSF_ RA
U de Mann-Whitney	9,000	10,500	8,500	7,500	5,500	10,500
W de Wilcoxon	45,000	46,500	44,500	43,500	41,500	46,500
Z	-2,203	-2,044	-2,267	-2,394	-2,613	-2,045
Sig.	,028	,041	,023	,017	,009	,041
Significaci ón exacta	,029 ^b	,040 ^b	,021 ^b	,014 ^b	,006 ^b	,040 ^b

NOTA1: a. Variable de agrupación: GRUPO. b. No corregido para empates.

NOTA2: IE_ME=Inteligencia emocional subescala Manejo del estrés, HHSS_RA=Habilidades sociales autoaplicada subescala Habilidades de relación con los adultos, CVF_EA= Calidad de vida heteroaplicada subescala Estado de ánimo, HSF_B= Habilidades sociales heteroaplicada subescala Habilidades básicas, HSF_SPI= Habilidades sociales heteroaplicada subescala Solución de problemas, HSF_RA= Habilidades sociales heteroaplicada subescala Habilidades de relación con los adultos.

6. DISCUSIÓN.

Una vez conocidos los resultados de la evaluación del proyecto “Baloncesto y más” se expone a continuación la valoración de los mismos en relación a las hipótesis de este estudio.

Comparando cada grupo por separado en los diferentes momentos de la evaluación (antes y después de la intervención), encontramos que para el grupo que recibió la intervención se han observado cambios significativos en todas las variables evaluadas a nivel general. Es decir, se cumplen todas nuestras hipótesis ya que se ve mejorada la calidad de vida respecto a la salud, la autoestima y el autoconcepto de los participantes, se desarrollan mejores habilidades sociales, un mejor nivel de inteligencia emocional, y un mejor comportamiento social; al mismo tiempo se ve una generalización de lo aprendido durante la intervención a otros ámbitos como el hogar o la comunidad.

Estos resultados van en la misma dirección que los encontrados en otros programas para mejorar la autoestima (González y Gimeno, 2013), sobre los beneficios psicológicos de la práctica deportiva (Gutiérrez, 2004); programas destinados al desarrollo de valores a través de la práctica deportiva: “fair-play para niños” (Bredemeier et al., 1986; Gibbons, Ebbeck y Weiss, 1995; Wandzilak et al., 1988); “desarrollo de habilidades para la vida” (Danish y Nellen, 1997); «enseñanza de responsabilidad social y personal» (Hastie y Buchanan, 2000; Hellison, 1995); «programas de educación sociomoral» (Miller, Bredemeier y Shields, 1997); y «deporte para la paz» (Ennis et al., 1999), o aquellos programas de este tipo llevados a cabo en nuestro país (Escartí et al., 2002; Gutiérrez et al., 2002; Gutiérrez y Vivó, 2002; Jiménez, 2000; Pardo, 2003; Vivó, 2001) (citados en Gutiérrez, 2004). Además, se confirma la práctica deportiva como un factor protector y que favorece la aparición de conductas prosociales y la reducción de conductas desviadas al igual que aparece en otros estudios españoles (Pelegrín, Garcés de los Fayos y Cantón, 2010)

Si nos centramos en las diferentes subescalas de cada variable, se observa en el grupo que recibió la intervención una mejoría significativa en las subescalas de inteligencia emocional intrapersonal e interpersonal, la adaptabilidad y el estado de ánimo de los participantes, además se observa una tendencia a la mejora del manejo del estrés. Hubo mejoras en todas las subescalas de la variable calidad de vida, desde la percepción de los participantes, excepto en los niveles de aceptación social, y en todas las subescalas de calidad de vida percibida por los padres de los participantes. Todos los participantes del

grupo que recibió la intervención mostraron mejorías significativas en todas las subescalas de habilidades sociales, que fueron percibidas por ellos mismos y por sus familias. Por último, respecto al grupo con el que se realizó la intervención, se mejoró significativamente la competencia social en ambas subescalas, y se redujo el nivel de comportamiento antisocial en ambas subescalas.

Todos estos resultados por subescalas van en la misma dirección que los resultados generales, lo que refuerza la afirmación de que todas nuestras hipótesis se cumplen tras la realización del estudio.

Por otro lado, las evidencias indican que el grupo que no recibió la intervención, durante el tiempo del estudio, mejoró a nivel general su calidad de vida, su autoconcepto, y desarrollo mejores habilidades sociales. Debemos recordar que estos niños y niñas practicaron otro tipo de deportes y realizaron otras actividades psicoeducativas mientras sus compañeros recibían la intervención, por lo que esta podría ser la justificación de que existan también mejoras en el grupo en lista de espera.

Centrándonos en los resultados por subescalas, sólo se observaron mejoras en el grupo que no recibió la intervención en cuanto a la mejora de la percepción del entorno escolar por parte de las familias, dentro de las subescalas de calidad de vida; y un mayor desarrollo de las habilidades relacionadas con emociones y sentimientos percibidas por las familias dentro de las subescalas de habilidades sociales. Mejoras que podrías deberse a la realización de otra serie de actividades durante el tiempo que se encontraban en lista de espera.

En la comparación realizada entre ambos grupos, primero antes de la intervención y posteriormente una vez finalizada, se observan diferentes resultados que es necesario señalar a continuación.

Previamente a la intervención únicamente se encuentra una diferencia significativa, a nivel general, entre grupos en la percepción de las familias sobre la calidad de vida de los participantes, siendo mejor la calidad de vida de los niños del grupo que recibió la intervención.

En cuanto a las subescalas de las diferentes variables vemos que esta diferencia se produce también en la subescala actividad física y salud; además se observan diferencias significativas en la percepción por parte de los padres de las habilidades relacionadas con

sentimientos y emociones, contando el grupo que recibió la intervención con un mejor desarrollo de estas habilidades.

En el momento posterior a la intervención se observan diferencias significativas entre los dos grupos en las variables autoestima y habilidades sociales, es decir, estas dos variables mejoraron en el grupo que recibió la intervención de forma significativa respecto al grupo que no recibió la intervención. Es fundamental señalar la diferencia en calidad de vida, no significativa, pero relevante para nuestro estudio ya que indica una tendencia a la mejora de la calidad de vida de los niños que recibieron la intervención respecto al grupo que no la recibió, hipótesis principal de nuestro estudio.

En cuanto a los resultados de las subescalas aparecen mejoras significativas del grupo que recibió la intervención respecto al grupo en lista de espera: en cuanto al manejo del estrés (según la percepción de los padres), y en las habilidades de relación con los adultos (según la percepción de los niños/as), en la variable inteligencia emocional; en la variable calidad de vida mejora el estado de ánimo y sentimientos (según la percepción de los padres), y la aceptación social (percibida por los niños/as) aunque no de forma significativa; por último, en la variable habilidades sociales mejoran las habilidades de relación con los adultos (según la percepción de los niños/as y de sus familias), y las habilidades de solución de problemas (según sus padres).

Además de estos resultados, a nivel cualitativo los niños señalan haber aprendido nuevas habilidades y estrategias que les hacen relacionarse mejor tanto con sus iguales como con los adultos, y todos refieren mejorías en su calidad de vida ya que se sienten mejor a nivel físico y emocional desde el comienzo del programa; la parte que más les ha gustado ha sido la de relajación, ya que según manifiestan la práctica de la respiración abdominal y la tensión distensión les ayuda a mantener la calma en situaciones de nerviosismo.

Los padres por su parte a nivel cualitativo señalan mejorías en sus hijos sobre todo a nivel de calidad de vida en especial en lo referente a salud física y estado de ánimo, en sus habilidades de resolución de conflictos y de relación con sus iguales y con los adultos; en algunos casos también los padres han observado mejoras en los niveles de autoestima y autoconcepto de los niños señalándolo como algo fundamental en su mejor estado de ánimo actual. En el caso de la madre de los dos hermanos que se encontraban en distinto grupo, uno recibió la intervención y el otro quedó en lista de espera, a nivel cualitativo refiere mejorías en ambos niños, ya que el que recibió la intervención enseñaba lo

aprendido al otro hermano lo que era beneficioso también para quién no estaba recibiendo la intervención. Tanto padres como niños manifiestan que les gustaría continuar en el programa más tiempo y poder tomarlo como una actividad anual.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio van en la dirección de las hipótesis planteadas al inicio, ya que los menores que recibieron la intervención mejoraron sus niveles de autoestima y autoconcepto, su inteligencia emocional y su competencia social en otros ámbitos como el hogar o la comunidad, y desarrollaron mejores habilidades sociales. Además, se han cubierto los objetivos que el programa esperaba principalmente con la mejora, a nivel cualitativo y cuantitativo, de la calidad de vida de los menores favoreciendo estilos de vida más saludables y mejorando su salud autopercibida, se han incluido en sus vidas actividades de ocio saludable y estructuradas que permiten desarrollar valores y comportamientos prosociales que han sido generalizadas al hogar y la comunidad.

Junto con ello se observa en una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, objetivo principal del proyecto y nuestra principal hipótesis. Demostrados los beneficios de este tipo de proyectos, sería necesario desarrollar mejoras en los ya existentes y favorecer la creación y puesta en práctica de más intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida de los menores en riesgo de exclusión social y de la población en general.

Otro de los objetivos que se planteaba era la creación al finalizar el proyecto de un grupo positivo de referencia (amistades positivas) y contribuir a un mayor apoyo social, habiendo creado relaciones igualitarias adecuadas y que retroalimenten las conductas saludables y prosociales aprendidas durante la intervención, este objetivo se comenzó a cumplir ya que los participantes crearon lazos de amistad y mejoraron sus relaciones entre ellos. Sin embargo, no hubo tiempo de establecer fuertes vínculos de amistad entre algunos participantes.

En cuanto a las limitaciones del estudio es fundamental reseñar el pequeño tamaño de la muestra evaluada, sería conveniente repetir el estudio con un número mayor de participantes que hiciera posible un mejor análisis de los datos obtenidos y por tanto una mejor valoración del proyecto.

Por otro lado, es posible que el tiempo de intervención fuera muy corto tanto para obtener mejoras en todas las subescalas de las variables a nivel cuantitativo, como para establecer vínculos entre los participantes y crear un grupo estable de referencia; por ello sería

recomendable alargar el tiempo de intervención y evaluar si los resultados obtenidos van en la dirección esperada.

Las actividades que ha llevado a cabo el grupo en lista de espera en ocasiones fueron modificadas por los monitores del centro de día sin previo aviso, por lo que no se pudo llevar un control exhaustivo de dichas actividades. Además, muchos de los niños de ambos grupos son amigos o familiares, por lo que existe la posibilidad de que en los momentos de no intervención se haya producido cierto aprendizaje de los niños no participantes o del grupo en lista de espera por imitación a los participantes que recibieron la intervención.

Al ser la pista utilizada exterior (al aire libre), en ocasiones dificultó la normal realización de las actividades debido a las condiciones climatológicas adversas (días de lluvia o mucho frío).

Sería necesario investigaciones posteriores mejorar ciertos aspectos: mayor control de las actividades que realizan los participantes en lista de espera, controlar las relaciones entre los grupos del estudio para poder valorar cuantitativamente si la mejora en las diferentes variables se debe a la intervención en concreto o existen otras variables a tener en cuenta, aumentar la temporalidad y duración del programa para conocer si las mejoras son estables en el tiempo, realizar una evaluación del grupo en lista de espera una vez reciba la intervención para comprobar si se producen las mismas mejoras o diferentes, utilizar una muestra más grande haciendo grupos de 15-20 niños, y mejorar las instalaciones donde se lleve a cabo el programa evitando imprevistos y cambios en las actividades por la climatología o la disponibilidad de los espacios.

7. REFERENCIAS.

Amitiel. (11 de agosto de 2010). El baloncesto y sus beneficios para la salud. [La estudiante de Medicina: un poco de medicina y algo más]. Recuperado en diciembre de 2016, <http://blogdeamitiel.blogspot.com.es/2010/08/el-baloncesto-y-sus-beneficios-para-la.html>

Bar-on, D. y Parker, J. D. A. (2000). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth Version*. Psychological Assessments Australia. Recuperado en diciembre de 2016 de http://www.psychassessments.com.au/products/6/prod6_report1.pdf

- Farrington, D.P. (2005). Origins of Antisocial Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 177-190. doi: 10.1002/cpp.448
- Forés, A. y Grané, J. (2012). *La resiliencia en entornos educativos*. Narcea ediciones, Madrid. Pp. 25-27.
- Garaigordobil, M. (2001) LAEA. Listado de Adjetivos para la Evaluación de Autoconcepto. *TEA ediciones*. Recuperado en diciembre de 2016, <http://web.teaediciones.com/LAEA--LISTADO-DE-ADJETIVOS-PARA-LA-EVALUACION-DEL-AUTOCONCEPTO.aspx>
- González, F. y Gimeno, A. (2013). Menores en situación de riesgo social: Valoración de un programa para la mejora de la autoestima. *Psichosocial Intervention*, 22. 1-5. doi: DOI: 10.5093/in2013a1
- Gutiérrez, M. (2004). El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de educación*, 335. 105-126.
- Hernando, A., Oliva, A. y Pertegal, M.A. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psichosocial Intervention*, 22. 15-23. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a3>
- Jiménez, F. (2014). Básquetbol, lo saludables del deporte ráfaga. Salud medicinas. Méjico. Recuperado 13 de octubre de 2016, <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/obesidad/ejercicio/basquetbol-lo-saludable-del-deporte-rafaga.html>
- López, I. (2011). Aprovechamiento en horario no lectivo de instalaciones deportivas de colegios de educación primaria. *Apuntes Educación física y Deportes*, n°103. 83-90.
- Ley Orgánica de Educación 8/2013. Ministerio de Educación. Gobierno de España, última modificación diciembre 2016.
- Merrell, W. (2002). Home and Community Social Behavior Scales. Casa y comunidad. Escalas de comportamiento Social (CCECS). En Caballo, V (Ed.) *Manual para la evaluación Clínica de los trastornos psicológicos*, Ediciones pirámide.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., y Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta

en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 1, 123-136.

Monjas, I. (1994). Cuestionario de habilidades de interacción social. En Caballo, V. (Ed.) *Manual para la evaluación Clínica de los trastornos psicológicos*, Ediciones pirámide.

Navarro, J. J., Uceda, F.X., Pérez, J.V. (2013). La construcción del ocio en adolescentes y su influencia en el desarrollo de trayectorias delictivas. *Cuadernos de trabajo social*, 26, 2, 455-465. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41272

Pelegrín, A., Garcés de Los Fayos, E. J. y Cantón E. (2010). Estudio de conductas prosociales y antisociales. Comparación entre niños y adolescentes que practican deporte y los que no practican deporte. *Información psicológica*. N°99, 64-78.

Prieto, M. D. (2012). Cuestionario de Inteligencia emocional para alumnos de 7 a 18 años. Grupo de investigación de la Universidad de Murcia. Recuperado el 7 de diciembre de 2016, <https://es.scribd.com/document/32401566/Cuestionario-de-inteligencia-emocional-para-alumnos-de-6-18-anos-profesores-y-familias-altas-capacidades>

Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: Una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention* 20, No. 1, 2011. Pp 75-94. doi: 10.5093/in2011v20n1a7

Ramos, R., Sanz, E., Ponce de León, A. y Valdemorós, M.^a. A. (2009). La percepción del ocio saludable en la práctica físico deportiva juvenil. Un análisis cualitativo. *Apuntes educación física y deportes*. 24-31.

Raven-Sieberer, U. (2004). El proyecto KIDCREEN. Recuperado el 1 de junio de 2016, <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/el-proyecto-kidscreen/>

Ruiz, M. A. y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacconomics-Spanish research Articles* 2 (1):31-43. doi:10.1007/BF03320897

Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent Self-image. *Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Vilariño, M., Amado, B.G., Alves, C. (2013). Menores infractores: Un estudio de campo de los factores de riesgo. *Anuario de psicología jurídica*, 23, 39-45. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/aj2013a7>

Zavala, M.A. y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo Psicosocial: ¿Qué papel juega la Inteligencia Emocional? *Psicología conductual*, 20, 1, 59-75.

8. ANEXOS:

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DOCUMENTO INFORMATIVO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y, si es necesario puede consultar las dudas que tenga en el teléfono o dirección que aparece al final de esta página.

Naturaleza del estudio:

Se va a llevar a cabo un estudio cuyo título es “**Diseño y Aplicación del programa Baloncesto y Más en una muestra infantil**” y para ello, se necesitará la colaboración del niño y sus padres (o representantes legales). En concreto, en cuanto al niño y a los padres se recogerá información a través de varios instrumentos (cuestionarios). El estudio se enmarca dentro de los Trabajos Fin de Máster que los alumnos del Máster de Psicología General Sanitario de la Universidad de Jaén han de realizar. En concreto, este estudio será realizado por la alumna Lara Jiménez Martín, bajo la tutorización de la Doctora y Profesora de Psicología en la Universidad de Jaén Lourdes Espinosa Fernández. La recogida de información tanto a los niños como a los padres, se realizará, de manera individual, en el horario que se acuerde previamente entre los participantes y la responsable del estudio (Lara Jiménez Martín).

Implicaciones para el participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto conlleve ninguna repercusión para él.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos para el participante: Ninguno.

ANEXO II: EVALUACIÓN DE LAS SESIONES.

¿Qué he aprendido hoy?: 5 minutos. Objetivo: Evaluar la sesión.

- ¿Te ha gustado lo que hemos trabajado esta semana?

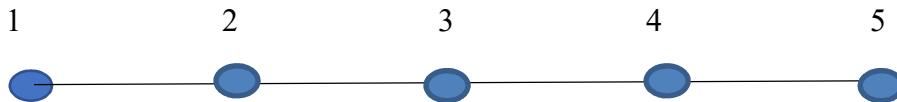


NO, NADA

ALGUNAS COSAS

SI, MUCHO

- ¿Qué he aprendido hoy? Mínimo 3 cosas.
- ¿Qué mejorarías de la sesión?
- ¿La sesión ha cumplido lo que esperabas? Del 1 al 5, donde 1 es nada y 5 es totalmente.



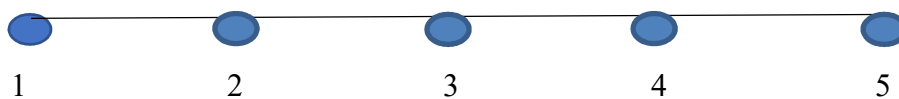
ANEXO III: CUESTIONARIO FINAL. (PADRES).

Es muy importante que responda sinceramente a las preguntas que a continuación presentamos, si puede escribir situaciones concretas como ejemplo sería aún mejor. En caso de no saber exactamente lo que significa alguna de las preguntas no dude en consultar al monitor responsable y resolver la duda.

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar el programa, su utilidad y saber en qué podemos mejorar.

Muchas gracias por su colaboración.

- ¿En general, el estilo de vida de tu hijo es ahora más saludable? ¿Y el de la familia?
- ¿Se encuentra tu hijo más motivado a practicar deporte durante su tiempo libre después de participar en el programa?
- ¿Has visto mejoras en la actitud de tu hijo durante el programa?
- ¿Tu hijo ha mejorado su salud física durante el programa?
- ¿Has observado comportamientos diferentes tras el programa? (En cuanto a hábitos como por ejemplo la higiene, en relación a sus resultados escolares o a sus relaciones con otros niños o adultos).
- ¿Tu hijo ayuda más en casa o fuera de ella? ¿Ha mejorado su relación con los adultos que le rodean?
- ¿Tu hijo expresa, y controla mejor sus emociones después de participar en el programa?
- ¿Crees que el rendimiento de tu hijo en la escuela ha mejorado en estos meses?
¿Por qué?
- ¿En qué grado estás satisfecho con el programa? Siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho, rodea la opción más adecuada:



- ¿Animarías a tu hijo a participar en un programa similar?
- ¿Qué crees que se puede mejorar de este programa?

ANEXOIV: CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.**KIDSCREEN- 27 CALIDAD DE VIDA (Autoaplicado).**

Debes marcar la casilla correspondiente pensando sólo en la última semana.

Actividad física y salud (AF)

	No del todo	Algo	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
Como es tu salud general					
Te has sentido bien de salud y en buen estado físico					
Te has sentido físicamente activo (andando, corriendo, montando en bici)					
Has podido correr sin dificultad					
	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Te has sentido lleno de energía					

Estado de ánimo y sentimientos (EA)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Has podido disfrutar de la vida					
Has estado de buen humor					
Lo has pasado bien					
Te has sentido triste					
Te has sentido tan mal como para no querer hacer nada					
Te has sentido solo					
Has estado contento con tu forma de ser					

Vida familiar y tiempo libre (FL)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Has tenido tiempo para ti					
Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre					
Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti					
Tus padres te han tratado de forma justa					
Has podido hablar con tus padres cuando has querido					
Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos					
Has tenido suficiente dinero para sus gastos					

Apoyo social y amigos (AM)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Has pasado tiempo con tus amigos					
Te los has pasado bien con tus amigos					
Os habéis ayudado entre amigos					
Has podido confiar en tus amigos					

Entorno escolar (EC)

	No del todo	Algo	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
Te has sentido feliz en el colegio					
Te has ido bien en el colegio					
	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Has sido capaz de poner atención en clase					
Te has llevado bien con sus profesores					

Subescala: aceptación social (AS)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Has sentido miedo de otros niños					
Otros niños se han burlado de ti					
Otros niños te han amenazado					

KIDSCREEN- 27 CALIDAD DE VIDA (Heteroaplicado)

Debes marcar la casilla correspondiente pensando sólo en la última semana

Actividad física y salud (AF)

	No del todo	Algo	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
Como es su salud general					
Se ha sentido bien de salud					
Se ha sentido físicamente activo					
Ha podido correr					
	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha estado lleno de energía					

Estado de ánimo y sentimientos (EA)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha podido disfrutar					
Ha estado de buen humor					
Se ha divertido					
Se ha sentido triste					
Se ha sentido tan mal como para no querer hacer nada					
Se ha sentido solo					
Ha estado contento					

Vida familiar y tiempo libre (FL)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha tenido tiempo para él					
Ha tenido tiempo libre					
Los padres han dedicado suficiente tiempo					
Los padres lo han tratado de forma justa					
Ha podido hablar con sus padres					
Ha tenido tanto dinero como sus amigos					
Ha tenido suficiente dinero para sus gastos					

Apoyo social y amigos (AM)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha pasado tiempo con sus amigos					
Se ha divertido con sus amigos					
Se han ayudado entre amigos					
Ha podido confiar					

Entorno escolar (EC)

	No del todo	Algo	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
Se ha sentido feliz en el colegio					
Se ha sentido bien en el colegio					
	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha podido prestar atención en clase					
Se ha llevado bien con sus profesores					

Subescala: aceptación social (AS)

	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
Ha sentido miedo de otros niños					
Otros niños se han burlado de él					
Otros niños lo han amenazado					

ANEXOV: DESCRIPTIVOS SUBESCALAS.

TABLAS

Estadísticos descriptivos para las subescalas de la variable Inteligencia emocional, Calidad de vida autopercebida y heteropercebida, Competencia social y comportamiento Antisocial, y Habilidades sociales autoinforme y heteroinforme para el grupo experimental (1) y el grupo control (0)

		IE_INTRA	IE_INTER	IE_ME	IE_AD	IE_EA	IE_IP	
Grupo	n	X (sd)						
1	Pre	7	16,68 (4,41)	37,43 (4,42)	29,71 (4,92)	31,57 (4,50)	47,71 (6,58)	17,57 (2,44)
	post	7	19,14 (4,33)	41,00 (4,55)	33,43 (5,99)	34,14 (4,74)	50,29 (5,09)	17,86 (2,19)
0	Pre	8	15,00 (2,72)	41,00 (4,00)	23,38 (5,60)	30,88 (3,56)	49,50 (3,34)	18,50 (3,74)
	post	8	15,88 (2,47)	41,25 (3,99)	25,50 (4,99)	32,25 (4,98)	48,88 (3,80)	19,13 (4,01)

		CV_AF	CV_EA	CV_FL	CV_AM	CV_EC	CV_AS	
Grupo	n	X(sd)						
1	Pre	7	17,71 (4,15)	23,71 (4,64)	26,43 (4,50)	16,29 (2,56)	16,00 (4,24)	13,29 (2,87)
	post	7	22,71 (3,59)	28,71 (4,07)	28,00 (4,08)	18,57 (1,90)	17,43 (3,55)	14,43 (0,79)
0	Pre	8	20,25 (3,20)	27,88 (4,19)	24,00 (5,26)	17,50 (3,29)	15,63 (3,11)	11,25 (3,15)
	post	8	21,38 (3,33)	28,63 (4,41)	24,38 (5,10)	17,88 (2,95)	16,25 (2,25)	11,88 (2,99)

		HHSS_B	HHSS_A	HHSS_C	HHSS_ES	HHSS_SPI	HHSSRA	
Grupo	n	X (sd)						
1	Pre	7	38,43 (5,22)	39,14 (3,98)	35,57 (5,25)	34,14 (5,67)	35,14 (5,30)	44,14 (4,95)
	post	7	41,86 (5,87)	43,14 (6,12)	39,43 (4,47)	39,71 (4,64)	38,43 (5,62)	47,71 (4,23)
0	Pre	8	36,75 (5,92)	40,13 (2,29)	36,13 (5,15)	36,13 (3,76)	36,75 (4,65)	48,12 (11,82)
	post	8	37,25 (6,22)	41,25 (2,60)	37,00 (5,63)	38,00 (5,45)	37,88 (6,31)	49,00 (12,23)

		CSA_RC	CSA_AO	CSB_DP	CSB_AA	
Grupo	n	X(sd)				
1	Pre	7	50,71 (7,59)	59,00 (9,88)	47,14 (19,71)	51,86 (15,28)
	post	7	59,86 (6,81)	69,86 (6,86)	36,57 (16,74)	40,43 (13,61)
0	Pre	8	61,88 (12,15)	27,88 (4,19)	40,50 (15,47)	46,75 (12,15)
	post	8	62,25 (12,697)	28,63 (4,41)	40,25 (45,88)	45,88 (11,95)

		CVF_AF	CVF_EA	CVF_FL	CVF_AM	CVF_EC	CVF_AS	
Grupo	n	X (sd)						
1	Pre	7	14,86 (2,91)	22,29 (4,27)	18,86 (2,73)	11,71 (3,20)	13,14 (4,63)	12,14 (2,61)
	post	7	19,57 (2,76)	29,14 (3,62)	20,43 (3,87)	15,14 (2,34)	17,43 (3,55)	13,29 (2,14)
0	Pre	8	18,50 (2,14)	24,00 (2,72)	24,88 (4,88)	15,50 (2,98)	13,38 (3,38)	13,88 (1,36)
	post	8	19,25 (1,16)	24,75 (3,37)	25,13 (5,05)	15,50 (2,98)	16,25 (2,25)	13,88 (1,36)

			HSF_B	HSF_A	HSF_C	HSF_ES	HSFSPI	HSF_RA
Grupo	n	X(sd)						
1	Pre	7	39,43 (3,31)	38,00 (3,42)	38,57 (4,28)	33,43 (3,36)	29,14 (5,15)	38,43 (2,30)
	post	7	40,43 (2,30)	40,86 (4,18)	40,57 (4,07)	37,57 (3,46)	34,57 (3,32)	41,43 (1,90)
0	Pre	8	36,00 (2,62)	37,75 (4,09)	36,63 (3,25)	35,13 (1,64)	26,50 (4,34)	37,63 (4,07)
	post	8	36,00 (2,62)	38,13 (4,05)	36,63 (3,25)	36,88 (2,17)	26,50 (4,34)	37,63 (4,07)

NOTA 1: IE= Inteligencia emocional, CV= Calidad de vida autopercebida, CVF= Calidad de vida heteropercebida, HHSS=Habilidades sociales autoinforme, HSF= Habilidades sociales heteroinforme, CSA=Competencia social, CSB=Comportamiento antisocial.

NOTA 2: INTRA= Intrapersonal, INTER= Interpersonal, ME= Manejo del estrés, AD= Adaptabilidad, EA= Estado de ánimo, IP= Impresión positiva.; AF=Actividad física y salud, EA= Emociones y sentimientos, FL= Vida familiar y tiempo libre, AM= Apoyo social y amigos, EC= Entorno escolar, AS= Aceptación social; RC= = Relación con los compañeros, AO= Autocontrol/Obediencia; CSB= Comportamiento antisocial, DP= Desafiante/ Perturbador, AA= Antisocial/Agresivo; B=Habilidades sociales básicas, A= Habilidades para hacer amigos, C=Habilidades conversacionales, ES= Habilidades relacionadas con emociones y sentimientos, SPI= Habilidades de solución de problemas, RA= Habilidades de relación con los adultos.