

Influencia del modelo de responsabilidad personal y social en la calidad de vida de los escolares

Model of Personal and Social Responsibility in the quality of students' life

Bernardino J. Sánchez-Alcaraz Martínez¹, Alberto Gómez Mármol², Alfonso Valero Valenzuela³, Ernesto De la Cruz Sánchez⁴ y Rocío Esteban Luís⁵.

^{1,2,3,4} Universidad de Murcia, ⁵ IES Mar Menor
¹ bjavier.sanchez@um.es

Resumen

El objetivo de esta investigación ha sido estudiar los efectos de la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social en la calidad de vida de escolares. Para ello se realizó un pretest administrando el cuestionario KINDL a 802 alumnos de 6º de Primaria y 3º de ESO que, posteriormente, recibieron sus clases de Educación Física con esta metodología durante 4 meses. Finalmente, tras la aplicación del postest, los resultados reflejan una leve disminución de la calidad de vida para los alumnos de primaria así como un incremento, sin alcanzar la significación estadística, para los alumnos de secundaria, tanto en los grupos control como experimentales.

Palabras clave

Responsabilidad personal, Responsabilidad social, Calidad de vida, Kindl, adolescencia

Abstract

The aim of this research has been to study the effects of the application of the Model of Personal and Social Responsibility in the quality of students' life. A pre-test was realized administering the questionnaire KINDL to 802 pupils of 6th Primary and 3rd Secondary that, later, there received his classes of Physical Education with this methodology for 4 months. Finally, after the post-test, the results reflect a slight decrease of the quality of life for the pupils of primary as well as an increase, without reaching the statistical significance, for the pupils of secondary, so much in the groups control as experimental.

Key words

Personal Responsibility, Social Responsibility, Quality of Life, Kindl, Adolescence.

Introducción

El uso del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha ido creciendo progresivamente de manera muy significativa desde los años 60 (Verdigo & Sabeh, 2002). La mayoría de autores están de acuerdo en que la CVRS es un concepto multidimensional (Calman, 1984; Patrick & Erickson, 1993; Bullinger, 1991) y aunque no existe un consenso absoluto respecto al modelo conceptual, la mayoría de ellos incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (1948) como un "estado completo de bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad". Por otro lado, Schumaker y Naughton (1995) afirman que la CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y de este modo, afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001).

No obstante, la operativización del concepto de salud para niños y adolescentes difiere en algunos aspectos del concepto de salud para adultos (Rajmil et al., 2001), en el sentido en que, como afirma Starfield (1974), la medición de la salud en los niños tendrá en cuenta la habilidad de participar plena-

mente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para cada edad.

El problema es que la calidad de vida como concepto holístico y multidimensional, junto a la evaluación del nivel de satisfacción o bienestar del niño desde su propio punto de vista, sólo ha comenzado a estudiarse recientemente y todavía no se han desarrollado modelos conceptuales bien estructurados y fundamentados (Verdugo & Sabeh, 2002). Las investigaciones sobre calidad de vida en contextos escolares son muy limitadas, por la sencilla razón de que es aún más complejo su medición que en los adultos.

Los cuestionarios que evalúan la CVRS en niños y adolescentes se centran en dimensiones de la salud tales como el bienestar físico y emocional, el autoestima, la familia, los amigos y el colegio (Rajmil, Serra-Sutton, Fernández-López, Berra, Aymerich & Cieza, 2004), y que pueden ser trabajadas y reforzadas mediante la actividad física en el contexto escolar.

Por lo general, la población considera que las intervenciones a través de la actividad física y el deporte tienen exclusivamente como objetivo la mejora la condición física y la creación de hábitos de vida saludables en cuanto a la ocupación positiva del tiempo libre. Sin embargo, el deporte y la actividad física correctamente planificados, con una metodología específica, centrada en la promoción de valores puede

contribuir a la prevención de conductas antisociales y a la mejora de la calidad de vida y del bienestar personal y social (Jiménez & Durán, 2005).

Atendiendo a los beneficios que produce la actividad físico-deportiva en los aspectos citados anteriormente, en las últimas décadas se han invertido importantes esfuerzos en el diseño y desarrollo de programas de intervención para mejorar el razonamiento moral y los comportamientos éticos en los deportistas (Cecchini, Fernández, González & Arruza, 2008; Ruiz, Rodríguez, Martinek, Schilling, Durán & Jiménez, 2006). Uno de los modelos que se ha mostrado más efectivo ha sido el Modelo de Responsabilidad Personal y Social (MRPS), desarrollado por Donald Hellison, cuya experiencia, desde los años 70, en el campo de la educación en valores, y en especial en el de la prevención de la violencia y la integración, a través de la actividad física y el deporte, le han convertido en un referente de gran relevancia internacional (Jiménez, 2006).

El núcleo central del MRPS es que los estudiantes, para ser individuos eficientes en su entorno social, tienen que aprender a ser responsables de sí mismos y de los demás, e incorporar las estrategias que les permitan ejercer el control de sus vidas (Hellison, 2003).

Para llevar a cabo este aprendizaje, Hellison (2003), propone cinco niveles de responsabilidad, que se presentan a los alumnos de modo progresivo y acumulativo y que definen comportamientos, actitudes y valores de responsabilidad personal y social (Escartí, Pascual & Gutiérrez, 2005) para ser desarrollados a través de la actividad física y el deporte a partir de metas concretas y sencillas. Junto a cada nivel, existe una serie de estrategias y métodos específicos a desarrollar por los alumnos y el profesor, y así poder alcanzar los objetivos que se plantean dentro de cada uno de los niveles del MRPS.

De este modo, diferentes investigaciones han demostrado que la práctica de actividad física mediante programas basados en el MRPS producirán mejoras en la autoestima y autoconcepto, la sensación de bienestar y la estabilidad emocional, al igual que una disminución en la ansiedad, depresión y percepción del estrés (Martinek, McLaughlin & Schilling, 1999; Cecchini et al., 2008; Hellison & Wright, 2003; Escartí, Gutiérrez, Pascual, Marín, Martínez Taboada & Chacón, 2006), que pueden ser traducidas en una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio es conocer la influencia del MRPS en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los jóvenes escolares.

Método

Muestra

Los docentes han sido funcionarios con estabilidad en los

centros que impartían docencia en dos líneas del mismo curso, asegurando así la continuidad del programa a lo largo de toda la investigación y que hubiera grupo control y experimental. Su selección se ha realizado en función de la división territorial que ofrecen los Centros de Profesores y Recursos (CPR) de la Región de Murcia, de manera que cada uno de los 9 CPR ha contado con la participación de 1 ó 2 centros adheridos a su ámbito; un centro de Educación Primaria y otro centro de Educación Secundaria, siendo la muestra total de 16 profesores y centros, 8 pertenecientes a la etapa de la Educación Primaria y 8 pertenecientes a la Secundaria.

Por otro lado, el número de alumnos implicados durante el desarrollo de la investigación ha sido de 802 alumnos, 377 sujetos pertenecientes a sexto de Educación Primaria y otros 425 sujetos pertenecientes a tercero de la ESO.

Instrumentos

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Se utilizará la versión adaptada española del cuestionario *Kindl-R*, que cuenta con 10 preguntas agrupadas en 6 dimensiones que abarcan el bienestar físico y emocional (por ejemplo: la semana pasada me he reído y divertido mucho), familia (por ejemplo: “durante la semana pasada me he llevado bien con mis padres”), la autoestima (por ejemplo: “durante la semana pasada me he sentido orgulloso de mí mismo”), los amigos (por ejemplo: “durante la semana pasada he hecho cosas con mis amigos”) y la escuela (por ejemplo: “la semana pasada, cuando estuve en el colegio me han interesado las clases”), medidas en una escala tipo Likert de 5 alternativas, desde 1 (nada), hasta 5 (muchísimo) (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998). Esta versión adaptada presenta una equivalencia semántica y cultural adecuada con respecto a la versión original, así como coeficientes de fiabilidad y validez aceptables, para ser utilizado en niños y adolescentes españoles (Rajmil et al., 2004).

Procedimiento

Para la formación de los profesores participantes en el Programa de Responsabilidad Personal y Social de Hellison, se celebró un curso de 30 horas distribuidas en 5 sesiones entre septiembre de 2010 y enero de 2011. Fue impartido por ponentes especializados en esta metodología, donde se les facilitó a los profesores las herramientas necesarias para adaptar la forma de enseñar los contenidos propios de Educación Física, empleando nuevas estrategias pedagógicas y elaborando nuevos materiales curriculares adaptados a las necesidades y características personales de sus centros educativos.

Finalizada la formación de los profesores, se llevó a cabo el pretest en todos y cada uno de los centros escolares seleccionados. Tanto a los grupos control como experimental

se le administró el cuestionario referido al nivel de calidad de vida relacionada con la salud. Posteriormente, los profesores aplicaron durante 4 meses el MRPS a los grupos experimentales y siguieron con su metodología habitual en el grupo control. Con la intención de verificar que se estaba cumpliendo con los aspectos clave del MRPS en los grupos experimentales, todos los profesores de educación física rellenaron cada 4 sesiones un cuestionario de autoevaluación de la docencia comprobando en qué medida se estaba aplicando o no el MRPS en los grupos control y experimental (anexo 1). Este cuestionario estaba situado en la plataforma online de la página web, y contaba con un total de 13 cuestiones que hacían referencia a cada una de las actuaciones que el profesor debía llevar a cabo en el grupo experimental. Por último, finalizado el tratamiento en todos los centros, se realizó un postest, entregando de nuevo el cuestionario de CVRS a cada uno de los alumnos, tanto de los grupos control como de los grupos experimentales, para conocer la influencia del MRPS

en esta variable.

Resultados

Los resultados descriptivos obtenidos para los grupos experimentales reflejan que, en los alumnos de educación primaria la CVRS registra un leve descenso de 0,12 puntos mientras que, en los alumnos de secundaria se advierte un incremento de 0,28 puntos en una escala con un rango de 5 puntos (Tabla 1). En el caso de los grupos control, éstos presentan la misma tendencia que sus respectivos homónimos (grupos experimentales), al observar una disminución en primaria y un aumento en secundaria, de 0,1 y 0,14 puntos respectivamente.

Sin embargo, la prueba U de Mann Whitney, refleja que la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social de Hellison no tiene efectos significativos en la calidad de vida de los alumnos.

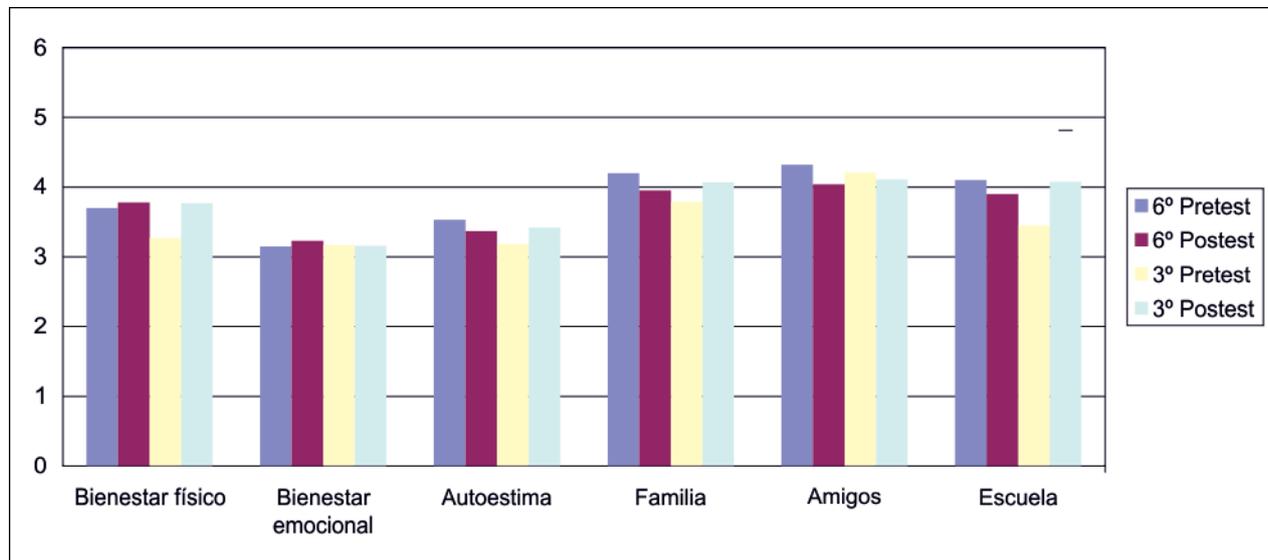
Tabla 1. Efectos sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social de Hellison.

	GRUPO CONTROL				GRUPO EXPERIMENTAL			
	Pretest		Postest		Pretest		Postest	
Calidad de Vida Relacionada con la Salud	Media - D.T.	p	Media - D.T.	p	Media - D.T.	p	Media - D.T.	p
6º de Primaria	3,87 ± 1,04	0,236	3,77 ± 1,08	0,171	3,83 ± 1,09	0,498	3,71 ± 1,01	0,652
3º de ESO	3,65 ± 0,99		3,79 ± 0,99		3,49 ± 1,13		3,77 ± 0,97	

Un estudio más específico nos permite alcanzar información con un carácter más concreto, trascendiendo del análisis general de la calidad de vida para poder reflexionar sobre las dimensiones que conforman a ésta. Con este ánimo se

presenta la Figura 1, donde se refleja las repercusiones de la implantación del Modelo para los grupos de 6º de educación primaria y 3º de educación secundaria.

Figura 1. Efectos sobre las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social de Hellison.



De este modo queda latente que, si bien las diferencias no son significativas, el MRPS ha mantenido estables los valores registrados en las dimensiones de bienestar físico y emocional, mientras que en la autoestima y los contextos de familia, amigos y escuela ha supuesto una leve disminución en los alumnos de Educación Primaria. Los resultados no son halagüeños pues se advierten tendencias negativas para 4 de las 6 dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

La realización de este análisis pormenorizado para los alumnos de 3° de ESO arroja resultados, que, al contrario de lo acaecido en primaria, sí son esperanzadores, ya que podemos observar el mantenimiento de las dimensiones de bienestar emocional y amigos y, además, el incremento de la calidad de vida reflejado en el contexto de la autoestima, la familia, el bienestar físico y la escuela, especialmente en estos dos últimos en los que el incremento es superior a 0,5 puntos. De este modo se pone de relieve la inversión de la tendencia negativa de primaria hacia una tendencia positiva en el grupo de secundaria.

Discusión

Las investigaciones sobre calidad de vida en contextos escolares son muy limitadas, y los estudios más numerosos e importantes en la infancia pertenecen al campo de la pediatría (Verdugo & Sabeh, 2002). Los datos extraídos de la presente investigación, en las que se consideran las puntuaciones medias de los participantes en la escala total y en cada una de las dimensiones del KINDL, muestran una calidad de vida de media a elevada (media entre 3.30 y 3.40 en una escala de 1 a 5 puntos) en los alumnos evaluados, datos similares a los encontrados en un estudio realizado con niños alemanes (10 a 16 años), cuyas puntuaciones medias oscilaron entre 3.9 y

4.0 (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998); y semejantes también a los datos de Verdugo y Sabeh (2002), en su estudio con niños de 8 a 12 años.

Por otro lado, los resultados muestran que la calidad de vida es superior en los alumnos de 6° de Primaria que en los de 3° de la ESO, coincidiendo con los estudios de Rajmil et al. (2004) y Ravens-Sieberer, Gosch, Abel, Juguier, Sellach y Bruil (2001). Del mismo modo, los datos de primaria y secundaria se igualan tras la aplicación del MRPS, por lo que observamos que dicho modelo ha producido un incremento en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en los alumnos de 3° de ESO.

Por último, los valores medios en cada una de las dimensiones de la calidad de vida no son superiores para el grupo que recibió la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social, lo cual, nos lleva a plantearnos que o bien el programa no es eficaz en la mejora de la calidad de vida, o algunas de las limitaciones del estudio como la duración del tratamiento, han determinado estos resultados.

Conclusiones

El estudio de los efectos que tiene la aplicación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social sobre la calidad de vida es una relación innovadora. Los resultados obtenidos no han mostrado mejoras significativas en la calidad de vida de los alumnos de primaria y secundaria. Por otro lado, la metodología se ha mostrado más apropiada para los alumnos de secundaria, donde en líneas generales ha supuesto una mejora en los valores descriptivos mientras que, en el grupo de alumnos de primaria, la implantación del Modelo de Responsabilidad Personal y Social ha tenido como consecuencia una tendencia negativa. No obstante, esta influencia, tanto

en el sentido beneficioso como en el pernicioso es, en todo caso, ligera, ya que estas tendencias también son observadas en los grupos control, que no recibieron ningún cambio en la metodología de enseñanza recibida.

Bajo este paradigma, se propone una implementación más duradera de esta metodología como factor condicionante para encontrar beneficios en la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente para los sujetos más jóvenes.

Referencias bibliográficas

1. Bullinger, M. (1991). Quality of life - Definition, conceptualization and implications: a methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-149
2. Calman, K.O. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
3. Cecchini, J.A., Fernández, J., González, C. & Arruza, J.A. (2008). Repercusiones del programa delfos de educación en valores a través del deporte en jóvenes escolares. *Revista de Educación*, 346, 167-186.
4. Escartí, A., Gutiérrez, M., Pascual, C., Marín, D., Martínez Taboada, C. & Chacón, Y. (2006). Enseñando responsabilidad personal y social a un grupo de adolescentes de riesgo: un estudio "observacional". *Revista de Educación*, 341, 373-396.
5. Escartí, A., Pascual, C. & Gutiérrez, M. (2005). *Responsabilidad Personal y Social a través de la educación física y el deporte*. Barcelona: Graó.
6. Hellison, D. (2003). *Teaching responsibility through physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics.
7. Hellison, D. & Wright, P. (2003). Retention in an Urban Extended Day Program: A Process-Based Assessment. *Journal of teaching in physical education*, 22, 369-381.
8. Jiménez, P. (2006). Modelos de Intervención para Prevenir la Violencia a través de la Actividad Física y el Deporte: Modelo de Donald Hellison. En Durán, L.J. y Jiménez, P. (Eds). *Valores en movimiento. La actividad física y el deporte como medio de educación en valores* (pp 25-45). MEC (CSD): Madrid.
9. Jiménez, P. & Durán, L. (2005). Actividad física y deporte en jóvenes en riesgo: educación en valores. *Apunts, Educación Física y Deportes*, 80, 13-19.
10. Martinek, T., McLaughlin, D. & Schilling, T. (1999). Project effort: Teaching responsibility beyond the gym. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 70, 59-6.
11. Patrick, D.L. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
12. Rajmil, L., Estrada, M.D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15 (supl. 4), 34-43.
13. Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Fernández-López, J. A., Berra, S., Aymereich, M., y Cieza, A. (2004). Versión española del cuestionario alemán de calidad de vida relacionada con la salud en población infantil y de adolescentes: el Kindl. *Anales de Pediatría*, 60 (6), 514-21.
14. Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL (First Psychometric and Content Analytical Results). *Quality of Life Research*, 7, 339-407.
15. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Juguier, P., Sellach, B.M. & Bruil, J. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Soc Prev Med*, 46, 294-302.
16. Ruiz, L.M., Rodríguez, P., Martinek, T., Schilling, T., Durán, L.J. & Jiménez, P. (2006). El proyecto esfuerzo: un modelo para el desarrollo de la responsabilidad personal y social a través del deporte. *Revista de Educación*, 341, 933-958.
17. Shumaker, S. & Naughton, M. (1995). The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En: Shumaker, D. y Berson, R. (ed). *The International Assessment of health-related Quality of Life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications.
18. Starfield, B. (1974). Measurement of outcome: a proposed scheme. *The Milbank Memorial Fund quarterly Health and society*, 52, 39-50.
19. Verdugo, M.A. & Sabeh, E.N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14(1), 86-91.
20. World Health Organization. Basic Documents. (1948). *World Health Organization*. Ginebra: WHO.

