

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Avances en el estudio de las propiedades psicométricas del healthy pathways child report scales.

Interlandi, Ana Carolina.

Cita:

Interlandi, Ana Carolina (2015). *Avances en el estudio de las propiedades psicométricas del healthy pathways child report scales. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/294>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/oMm>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

AVANCES EN EL ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL HEALTHY PATHWAYS CHILD REPORT SCALES

Interlandi, Ana Carolina

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Se presentan las propiedades psicométricas del Cuestionario Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans, Riley y Forrest, 2010) diseñado para la medición de la salud autopercebida en niños de 8 a 12 años. Se aportaron evidencias de la validez aparente de las escalas que conforman la prueba y de su adecuación lingüística. También, se examinó la capacidad de discriminación de los ítems y su homogeneidad. Se efectuó un estudio de componentes principales para dar cuenta de la validez de constructo de cada escala en particular. Los resultados muestran una buena capacidad discriminativa de los reactivos e índices aceptables de homogeneidad. El Análisis de Componentes Principales permitió identificar 8 factores: satisfacción con la vida, autoestima, confort físico, confort emocional, vitalidad, calidad de los vínculos con los pares, hábitos de alimentación y realización de actividad física. Finalmente, se realizó el análisis de la confiabilidad a través de la obtención de indicadores de consistencia interna para cada escala.

Palabras clave

Salud autopercebida, Medición, Escala, Propiedades psicométricas

ABSTRACT

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE HEALTHY PATHWAYS CHILD REPORT SCALES

This paper presents psychometric properties of the Healthy Pathways Child Report- Scales, an instrument designed to measure the self- Perceived health of between ages of 8 and 12. Its content validity was analyzed by a pilot study. Item analysis consisted in the examination of corrected homogeneity indexes and skewness values. Evidences of construct validity were sought by a Principal Components Study. The scale is comprised by eight subscales: life and personal satisfaction, physical comfort and negative moods, threaten nutrition habits, friendship quality and sedentary habits, good mood and feel wanted, strength and empathy, Image and physical self- perception and healthy behaviors. Finally, consistency was analyzed by calculating Cronbach's Alphas.

Key words

Self-perception health, Measurement, Scales, Psychometric properties

Introducción

Las investigaciones poblacionales que buscan conocer los perfiles de salud y de los comportamientos saludables en los niños son frecuentes en Estados Unidos o en Europa, no así en los países latinoamericanos que cuentan con escasos estudios de despistaje (screenings) de este tipo (Rajmil y col., 2012).

De entre los constructos relevados por estas investigaciones, la salud autopercebida es el evaluado con más frecuencia. Este concepto debe ser valorado multidimensionalmente, en base a una serie de indicadores, que varían en función de las variables que se examinan en los relevamientos.

La mayor parte de estas encuestas contienen, en primera instancia, una serie de preguntas sobre el posible sufrimiento de malestares físicos y emocionales. Generalmente, entre los problemas corporales examinados se encuentran los dolores, como el de garganta o el de "panza", el cansancio, las dificultades para dormir y el levantarse cansado; entre las cuestiones de tipo emocional se exploran el nerviosismo, la ansiedad, el miedo, el mal humor y los inconvenientes para relajarse. La razón por la cual se incluyen estos puntos es que de estar presentes estos eventos, pueden interferir en cómo se sienten los pequeños y restringir sus actividades cotidianas (Janssens, Thompson Coon y col., 2015).

Además, en estas mismas investigaciones se miden factores que actúan como protectores para la salud. Entre ellos se destacan el bienestar psicológico, vinculado con la autoestima, caracterizada como la valencia de placer y felicidad con uno mismo (Lucas, Diener y Larsen, 2003; Oros, Manucci y Richaud de Minzi, 2011) y con la satisfacción con la vida, que se refiere al juicio global acerca de la existencia cotidiana (Diener y Larsen, 1993).

Otra de las dimensiones protectoras más comúnmente relevada por estos screenings epidemiológicos es la calidad de los lazos afectivos con los padres, los compañeros y los maestros (Eccles, 1999; Jaramillo, Díaz Ortiz, Niño Tavera y Velandía Ortiz, 2006; Mangrulkar, Vince y Posner, 2001). Varios investigadores destacan que durante la niñez media y tardía, entre los 7 a los 12 años aproximadamente, se produce la mayor resignificación de los vínculos escolares (Lindberg y Swanberg, 2006). Se ha sumado también evidencia empírica que apoya la hipótesis que la buena relación con los amigos es un elemento medular para el sostenimiento de la salud y el bienestar psicológico (Smetana y col., 2004; Sontag, Graber, Brooks-Gunn y Warren, 2008).

Sumado a los componentes anteriores las conductas de autocuidado, principalmente las acciones conectadas con la alimentación saludable y la realización de actividad física (Millstein e Irwin, 1987) también son sondeadas por las encuestas poblacionales.

Las consecuencias positivas de estos comportamientos han sido expuestas por estudios como el EnKID (Serra Majen y col., 2003), realizado sobre una muestra representativa de la población española de niños y adolescentes. En esta exploración se demostró que

los chicos que caminan en promedio más de una hora al día y los que practican actividades deportivas tres veces por semana presentaban tasas de obesidad inferiores que aquellos niños que no lo hacían. Además, esta enfermedad fue más elevada entre los que tenían un bajo consumo de frutas y verduras (< 2 raciones/día), no desayunaban, realizaban un desayuno incompleto, o fraccionaban la alimentación en menor número de comidas diarias (de 1 a 2 comidas frente a 4 al día), y entre los que aportaban mayor proporción de energía a partir de la ingesta grasa.

Otro de los temas valorados por los estudios transversales de salud infantil es la percepción acerca de la imagen corporal y la vitalidad, en base a variables referidas a si los sujetos se sienten satisfechos con cómo se ven, si aprecian que se encuentran en buen estado físico o si quieren realizar algún cambio en su cuerpo. Investigaciones realizadas con adolescentes indican una correlación estadísticamente significativa y positiva entre la percepción sobre la salud y la imagen corporal, tanto en los varones como en las mujeres (Moreno y Cervelló, 2008; Urrutia, Azpillaga, de Cos y Muñoz, 2010). Respecto a las herramientas utilizadas en estos trabajos, Janssens, Rogers y col. (2015) realizaron una revisión sistemática para relevar los instrumentos que evalúan la salud infantil. Algunas de estas escalas son específicas para ser utilizadas en niños con alguna problemática determinada (por ejemplo cáncer) y otras, denominadas genéricas, son apropiadas para ser empleadas en el autoreporte de salud de la población general.

Usar estos instrumentos con niños representa desafíos metodológicos y conceptuales (Matza, Patrick y Riley, 2013), entre ellos, la necesidad de elaborar contenidos y formatos apropiados para el desarrollo cognitivo de la población a la cual van dirigidas las preguntas. Generalmente, las pruebas que se han generado se fundamentan en la teoría psicométrica, y han sido fundamentadas, en diferente grado, en la opinión de la población a la que van dirigidas. Uno de los cuestionarios más utilizados en las encuestas de salud es el Child Health and Illness Profile (CHIP) (Riley y col., 2001) que cuenta con dos versiones, una para adolescentes de 12-19 años, y una infantil dirigida a niños/as de 6 a 11 años. La prueba se creó en la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad John Hopkins en la década del '90. Fue elaborada en base a grupos focales con infantes y a grupos de expertos en psicología, pediatría y psicometría.

Esta herramienta consta de 5 escalas que valoran cinco dimensiones, corroboradas mediante los correspondientes análisis factoriales confirmatorios, para sus ediciones en inglés y español (Estrada y col., 2012; Riley y col., 2004), estas son: satisfacción, bienestar, resiliencia, riesgos y logros. El instrumento cuenta con aceptables evidencias de validez y confiabilidad, informando coeficientes alfa de Cronbach que variaron entre 0.71 y 0.84 en sus diferentes dominios/escalas, y un coeficiente de correlación intraclase que osciló entre 0.63 y 0.74 (Riley y col., 2004). El mismo ha sido utilizado en estudios en Estados Unidos y España (Rajmil y col., 2012).

En los últimos años, se modificó la versión infantil del CHIP para garantizar una mayor sensibilidad a las características específicas de la salud de los sujetos (Bevans y col., 2010, 2012) que se encuentran atravesando la niñez media y la tardía (o el comienzo de la adolescencia), incorporando preguntas de otros cuestionarios muy utilizados a nivel mundial, como son el KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer y col., 2008), the Add Health Survey (Resnick, y col., 1997) y el Response to Stress Questionnaire (Connor-Smith, y col., 2000). Esta revisión del CHIP permitió la elaboración del Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans y col., 2010, 2012). La prueba fue construida por el John Hopkins Bloomberg School of Public Health y

la Escuela de Medicina de la Marshall University, para ser utilizado en un estudio epidemiológico longitudinal, el Healthy Pathways Project, que se realizó entre los años 2006 y 2008 en Estados Unidos. En Argentina no se cuenta hasta el momento con instrumentos psicométricos adaptados culturalmente que valoren integralmente la salud en los niños entre los 8 y los 12 años, haciéndose necesario contar con una herramienta que permita efectuar estudios poblacionales.

En este trabajo, basándose en los diferentes pasos realizados durante el proceso de validación transcultural del cuestionario Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans y col., 2010, 2012) al contexto local, se propone: 1) analizar el funcionamiento de los reactivos de la prueba para la población ya especificada. 2) estudiar la confiabilidad de las escalas que conforman el instrumento. 3) valorar las evidencias de validez de constructo de las escalas.

MÉTODO

Adaptación transcultural del instrumento

Constó de varias fases. En primer término, se realizaron dos traducciones independientes y a ciegas del inglés al español del cuestionario, hechas por dos traductores técnico-científicos de inglés, con lengua materna española, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Luego de este proceso, con la finalidad de valorar si los ítems contenían palabras y expresiones inadecuadas, se trabajó el contenido de cada uno de los puntos con un equipo de 8 profesionales psicólogos especializados en investigación infantil. Cada uno de los ítems fue observado con detenimiento y se redactaron nuevamente aquellos en los cuales eran necesarios cambios. Así se logró llegar a la primera versión del Healthy Pathways Child Report-Scales (Bevans et al., 2010).

El estudio piloto del conjunto de reactivos que conformaron esta versión se efectuó con un grupo de 30 niños entre los 8 y los 12 años. Con cada sujeto se evaluó la comprensión y claridad de las escalas mediante entrevistas cognitivas. En función de la información obtenida se decidió modificar la redacción de 15 de los elementos, ajustándolos más a los modismos locales y al lenguaje infantil.

Asimismo, se resolvió eliminar 10 ítems puesto que no eran aplicables a las edades abordadas en esta investigación. También se definió realizar cambios en los períodos recordatorios utilizados en las consignas y en las escalas Likert de cinco posiciones, que fueron formuladas en términos temporales - Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre -.

Este pilotaje fue complementado con un estudio de las frecuencias de uso de las palabras, realizado en base a los listados de las 1000 y las 5000 formas más frecuentes publicados por la Real Academia Española. Solo cinco palabras de las utilizadas en el cuestionario no estaban entre las más empleadas en nuestro idioma, por lo cual, fueron reemplazadas por las formas equivalentes halladas en esa lista.

Estudio final del instrumento

Participantes

Se efectuó con una muestra no probabilística intencional constituida por 100 estudiantes de escuelas primarias públicas del Área Metropolitana de Buenos Aires (51.5% mujeres, 48.5% varones) con edades entre los 8 y los 12 años (M=10.26; DE= 0.996). La participación de los niños quedó sujeta a su consentimiento y a la autorización de sus padres, garantizándoles la confidencialidad de los datos obtenidos.

Instrumento

En esta etapa se administró una versión del Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans y col, 2012) de 70 ítems que componen 8 escalas, adaptadas para ser administradas desde los 8 a los 12 años. La mayoría de los reactivos contienen cinco opciones de respuesta en una escala Likert de 5 posiciones y se enmarcan en un período recordatorio de 1 semana.

Las dimensiones de la salud autopercibida que evalúa la versión original del instrumento son: la satisfacción con la vida, la autoestima, el confort físico y emocional (que valora malestares corporales y emociones o estados de ánimo negativos), la vitalidad, la calidad de los vínculos con los pares, los hábitos de alimentación y la realización de actividad física.

El estudio de campo estuvo a cargo de un equipo de psicólogos entrenados, que administraron el instrumento colectivamente a grupos de entre 10 a 30 niños.

Análisis de datos

Para la selección y formulación final de los reactivos se aplicaron diferentes pruebas estadísticas fundamentadas en la teoría clásica de los test. La capacidad de discriminación de los elementos del cuestionario se evaluó primeramente en base a si alguno de ellos concentraba más del 75% de la frecuencia de respuesta en solo una de las opciones de la escala Likert.

Luego se analizó el poder discriminativo de los reactivos mediante el cálculo de la prueba t de diferencias de medias entre el grupo cuyas respuestas se ubicaron en el cuartil superior y las dadas por el grupo situado en el cuartil inferior.

Se construyeron también índices de homogeneidad corregidos, eliminándose aquellos puntos que exhibieran puntajes menores a 2 (Martínez Arias, 1995).

Además, se examinó la consistencia interna de cada escala mediante el cálculo del Alpha de Cronbach correspondiente (Hogan, 2004). Para evaluar la dimensionalidad de las escalas se llevaron a cabo estudios de componentes principales. Las variables consideradas para este análisis fueron aquellas que presentaron una carga factorial de 1.401 o más en alguno de los factores obtenidos (Norman y Streiner, 2000).

RESULTADOS

Poder discriminativo y homogeneidad de los ítems

Considerando el primer paso propuesto para este análisis, solo un reactivo, el referido al padecimiento de problemas respiratorios (1.4) debió ser descartado, al concentrarse el 75.1% de las respuestas en la opción Nunca de la respectiva escala Likert.

Los resultados de la prueba t de diferencias de medias entre los sujetos cuyos puntajes se ubicaron en el cuartil superior y el inferior mostraron que 23 de los ítems no discriminaron entre los grupos, al presentar diferencias de medias no significativas ($p \geq 0,05$). Por ello se procedió a la eliminación de los ítems: ¿Te costó dormirte o te despertaste varias veces en la noche?; ¿Te levantaste cansado/a?; ¿Te sentiste muy triste?; ¿Tuviste la sensación de haber hecho todo mal?; ¿Estuviste muy enojada/o?; ¿Te sentiste sola/o?; ¿Tuviste la sensación de que todo en tu vida sale mal?; ¿Estuviste de buen humor?; ¿Estuviste alegre?; ¿Te sentiste presionada/o por algo o por alguien?; ¿Te sentiste bien con la ropa que usaste?; ¿Sentiste envidia de cómo se veían otras chicas o chicos?; ¿Tuviste ganas de cambiar alguna parte de tu cuerpo?; ¿a qué hora te acostás los días que vas a la escuela?; ¿a qué hora te levantás los días que vas a la escuela?; ¿Te llevás bien con tus amigos?; ¿Pudiste confiar en tus

amigos?; ¿Se rieron de vos?; ¿Te molestaron o cargaron?; ¿Te pegaron?; ¿cuántas horas de televisión mirás?; ¿cuántas horas pasás jugando videojuegos o usando la computadora para algo que no sea tarea del colegio?; ¿Te sentiste satisfecha/o con tu vida?;

Al calcularse los índices de homogeneidad para cada reactivo en función de las correlaciones elemento-total corregida (exceptuando el propio ítem) se detectaron 9 estímulos con valores menores a 2 (¿Te dolió la cabeza?; ¿Te sentiste tan mal que no te dieron ganas de hacer nada?; ¿Estuviste muy nerviosa/o?; ¿Estuviste de mal humor?; ¿Tuviste ganas de cambiar alguna parte de tu cuerpo?; ¿Pensas que tenés que hacer algo con tu peso?; ¿Pudiste confiar en tus amigos?; ¿Inventaron chismes o mentiras sobre vos?; ¿Te ignoraron o te dejaron de lado a propósito?) los cuales fueron retirados del análisis.

Fiabilidad

Este estudio se realizó evaluando la consistencia interna del instrumento mediante el correspondiente coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose un valor de .887, considerado como satisfactorio (Hogan, 2004).

Evidencias de validez factorial

El proceso se inició con los 47 estímulos que se conservaron luego del estudio de los ítems. Se efectuó en este caso un análisis de componentes principales con rotación Varimax, en el cual se forzó la extracción de 8 factores. Previamente, el test de esfericidad de Barlett, señaló que la matriz de correlación se diferenció en forma significativa de la matriz unidad ($\chi^2=1790.296$, gl 630, $p=.000$). El indicador de la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin, dio resultados aceptables con un valor de .614. Permitiendo comprobar que el número de sujetos participantes era adecuado al número de ítems e indicando la pertinencia de continuar con el análisis (Báandalos y Finney, 2010). Los 8 factores obtenidos explicaron el 60.710 de la varianza.

En el factor 1, satisfacción con la vida, saturaron los ítems ¿Cómo dirías que es tu salud?; ¿Pudiste jugar al aire libre, por ejemplo en una plaza, un parque, o un club?; ¿Fue agradable tu vida?; ¿Te divertiste mucho?; ¿Te sentiste feliz?.

En el factor 2 denominado autoestima obtuvieron cargas factoriales superiores a 1.501 los reactivos: ¿Te sentiste querida/o? ¿Sentiste que le importaste a los demás?; ¿Tuviste tiempo suficiente para vos?; ¿Pudiste hacer lo que querías en tu tiempo libre?; ¿Te divertiste con tus amigos?; ¿Cuántas horas de televisión mirás?.

En el factor 3, actividad física, saturaron las preguntas ¿Hiciste deportes como fútbol, natación, vóley, hockey?; ¿Corriste rápido al jugar o hacer deportes?; ¿Hiciste ejercicios para fortalecer tus músculos, como flexiones de brazos o abdominales? y ¿Comiste verduras?.

La dimensión 4 sobre hábitos de alimentación quedó conformada por los puntos ¿Tuviste miedo?; ¿Comiste hamburguesas o papas fritas en restaurantes de comidas rápidas? Y ¿Comiste tortas, caramelos, alfajores, chocolates u otras golosinas?, con cargas factoriales superiores a 1.601.

El factor 5, confort emocional, está compuesto por los reactivos ¿Te sentiste contenta/o de ser como sos?; ¿Estás en buen estado físico? Y ¿Te gusta cómo te ves físicamente?, con saturaciones fueron superiores a 1.401. En el factor 6, vitalidad, se agruparon los reactivos ¿te sentiste fuerte?; ¿te sentiste saludable? y ¿te sentiste llena/o de energía?, con cargas factoriales iguales o mayores a 1.4591.

En la dimensión 7, confort físico, los ítems, ¿Te dolió mucho la panza?; ¿No pudiste tranquilizarte? y ¿Desayunás en tu casa los días que vas a la escuela? obtuvieron cargas factoriales con valores de

1.569| en adelante. En el factor 8, calidad de las relaciones con los pares, saturaron los reactivos ¿Te sentiste muy preocupada/o?, ¿Qué tan buena/o sos para hacer amigos?, ¿Cuántos amigos tenés? y ¿Tus amigos y vos se ayudaron entre ustedes?, con cargas factoriales mayores a 1.569|.

Discusión

Para concluir, los resultados analizados indican que el cuestionario Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans y col., 2010, 2012) posee cualidades psicométricas bastante robustas, en tanto permite una medición compleja, válida y confiable de las diferentes dimensiones de la autopercepción de la salud en la población de los niños de la ciudad de Buenos Aires que están atravesando la niñez media y tardía.

La versión final del cuestionario para la población local de niños quedó constituida por 32 ítems con una buena capacidad discriminativa e índices aceptables de homogeneidad, agrupados en 8 escalas: satisfacción con la vida, autoestima, confort físico, confort emocional, vitalidad, calidad de los vínculos con los pares, hábitos de alimentación y realización de actividad física. Siendo estas denominaciones rótulos tentativos en base a los contenidos de los ítems que agrupa cada factor.

Futuros estudios serán realizados para confirmar la validez del inventario al investigar si discrimina entre grupos de sujetos con características diferenciales, como pueden ser la edad, el sexo, el nivel socioeconómico o el padecimiento de ciertos problemas de salud, como el sobrepeso y la obesidad. También será de interés su aplicación en exploraciones epidemiológicas longitudinales que permitan conocer los diversos grados de salud autopercebida y sus determinantes en distintas poblaciones.

Posteriormente, se podrá también observar su utilidad clínica para detectar niños en riesgo y para evaluar la eficacia predictiva de tratamientos clínicos en patologías específicas.

Esta investigación se enmarca en los avances de una beca de Doctorado UBACyT de la cohorte 2010- 2015, que tiene como sede el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

BIBLIOGRAFÍA

- Bándalos, D.L., y Finney, S.J. (2010). Exploratory and confirmatory factor analysis. In G.R. Hancock and R.O. Mueller, (Eds.). *Quantitative Methods in the Social and Behavioral Sciences: A Guide for Researchers and Reviewers*. New York, Routledge.
- Bevans, K. B., Riley, A. W. y Forrest, C. B. (2010). Development of the Healthy Pathways Child-Report Scales. *Quality of Life Research*, 19(8), 1195-1214.
- Bevans, K. B., Riley, A. W. y Forrest, C. B. (2012). Development of the Healthy Pathways Parent-Report Scales. *Quality of Life Research*, 21(1), 1755-1770.
- Colomer-Revuelta, C., Colomer-Revuelta, J., Mercer, R., Peiró-Pérez, R., Rajmil, L. (2004) La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 39-46. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-91112004000400009&script=sci_arttext
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. y Saltzman, H. (2000).
- Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Diener, E. y Larsen, R.J. (1993). The experience of emotional Well-being. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 404-415). Nueva York: Guilford Press.
- Eccles, J. (1999). The Development of Children Ages 6 to 14. *Future Child*, 9(2), 30-44.
- Estrada, M. D., Rajmil, L., Herdman, L., Serra-Sutton, V., Tebé, C., Alonso, J., ... Starfield, B. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the Child Health and Illness Profile Child-Edition/Child Report Form (CHIP-CE/CRF). *Quality of Life Research*, 21(5), 909-14.
- Hogan, T. (2004). *Pruebas Psicológicas. Una Introducción Práctica*, México: Manual Moderno.
- Janssens, A., Rogers, M., Thompson Coon, J., Allen, K., Green, C., Jenkinson, C., Tennant, A., Logan, S., Morris, C. (2015). A systematic review of generic multidimensional patient-reported outcome measures for children, part II: evaluation of psychometric performance of English-language versions in a general population. *Value Health*, 18(2), 334-45.
- Janssens, A., Thompson Coon, J., Rogers, M., Allen, K., Green, C., Jenkinson, C., Tennant, A., Logan, S., Morris, C. (2015). A systematic review of generic multidimensional patient-reported outcome measures for children, part I: descriptive characteristics. *Value Health*, 18(2), 315-33.
- Jaramillo, J. M., Díaz Ortiz, K., Niño, L., Tavera A., y Velandia Ortiz, A. (2006). Factores individuales, familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad. *Revista DIVERSITAS, Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 20.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Larsen, R. J. (2003). Measuring Positive Emotions. En S. J. Lopez & C. R. Zinder (Eds.), *Positive Psychological Assessment. A Handbook of Models and Measures* (pp.201-218). Washington: American Psychological Association.
- Lindberg, L., y Swanberg, I. (2006). Well-being of 12-year-old children related to interpersonal relations, health habits and mental distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (3), 274-281.
- Mangrulkar, L., Vince, C., y Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Recuperado de la página web de la Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/habilidades.pdf>
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Millstein, S. G., e Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness. Different constructs or variations on a theme?. *Health Psychology*, 6, 516-524.
- Moreno, J. A., y Cervelló, E. (2008). Importancia de la práctica físicodeportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años.

- Newman, B., y Newman, R. (1998). *Development through Life: A Psychosocial Approach*. Wadsworth Publishing.
- Norman, G. R. y Steiner, D.L. (2000) *Bioestadística*. Madrid: Harcourt-Mosby.
- Oros, L. B., Manucci, V. y Richaud-de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educ. Educ.*, 14(3): 493-509.
- Peña M, Bacallao J. (2000). *La Obesidad en la pobreza: un problema emergente en la Región*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rajmil, L., Roizen, M., Psy, A.U., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., Dapuerto J.J and The Working Group on HRQOL in Children in Ibero-American Countries. (2012). Health-related quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value Health*, 15(2), 312-22.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., ... KIDSCREEN Group. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11(4), 1418-34.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S, Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., ... Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Riley, A. W., Forrest, C. B., Reebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., y Friello, P. (2004). The child report form of the CHIP-child edition: Reliability and validity. *Medical Care*, 42(3), 221-231.
- Riley, A. W., Robertson, J., Forrest, C. B., Green, B., Reebok, G. y Starfield, B. (2001). *Manual for the Child Health and Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE)*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Serra Majem, L., Aranceta Bartrina, L., Ribas Barba, C., Pérez, R., Saavedra Santana, P., y Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio ENKID. *Medicina clínica*, 121(19), 725-732.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N. y Daddis, C. (2004). Longitudinal development of family decision-making: Defining healthy behavioral autonomy for middle-class African American adolescents. *Child Development*, 75(5), 1418-1434.
- Sontag, L. M., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., y Warren, M. P. (2008). Coping with social stress: Implications for psychopathology in young adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1159-1174.
- Urrutia, S., Azpillaga, I., de Cos, G. L., y Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica fíicodeportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20 (2), 51-56.