



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/174d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Planificación de cuidados en población infanto-juvenil desde la perspectiva intercultural. Evaluación de competencias en salud: revisión de la bibliografía disponible**

Autores **D. Ruiz Salvador, E. Soriano Ayala, E. Torralbo Ojeda**

Centro/institución Grupo de Investigación HUM-665, Universidad de Almería

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail diego.ruiz@ephpo.es

RESUMEN

Estamos ante una situación marcada por la globalización, las migraciones y el envejecimiento. Uno de los principales desafíos ante el que nos encontramos es garantizar la sostenibilidad económica del sistema de salud asegurando la calidad y seguridad, optimizando el uso de las nuevas tecnologías, transformando este reto en oportunidades de mejora y eficiencia, centrando la energía no en la reposición de la salud sino en su mejora y mantenimiento. Abordando la promoción de la salud en las nuevas generaciones como una estrategia clave para el mantenimiento del estado de bienestar. En esta línea se centra el proyecto Educación para la Salud Transcultural en los Jóvenes Inmigrantes y Autóctonos de Almería: Análisis e intervención para su optimización y mejora, financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad cuyos primeros resultados se presentan como desarrollo de una revisión sistemática para la determinación de los mejores instrumentos de evaluación de competencias en salud en la población infanto-juvenil.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La salud y sus determinantes en niños y adolescentes muestran algunos matices con respecto a la de los adultos que pueden resumirse como la habilidad de participar plenamente en funciones y actividades físicas, sociales y psicosociales apropiadas para la edad y a su vez pueden desarrollar su potencial, satisfacer sus necesidades y evolucionar en sus capacidades.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de la enfermedad”. Habrá que tener en cuenta lo que se entiende como bienestar, no tanto físico, que puede ser más universal; sino mental y sobre todo social, este significado que llegará a clarificarse mediante la experiencia educacional y su definición para cada individuo, la cual además puede variar respecto a la aprendida en su contexto social. La influencia social comprende las prácticas aprendidas, tanto positivas como negativas, la simbología y la perspectiva de que se dota al proceso de salud - enfermedad. Estas facetas están en constante flujo y cambian continuamente, aunque están relacionadas entre sí y con el contexto de la persona en el que interviene su familia, cultura, trabajo, comunidad, historia y ambiente.² Nos enfrentamos al reto de explorar cómo la persona interpreta su proceso de salud-enfermedad, si la salud es un objetivo principal en su vida o una mera cuestión de supervivencia, si tiene en cuenta en el día a día su salud o descubre su relevancia cuando la enfermedad se ha manifestado.³ Para operativizar el concepto de salud, sus los factores subjetivos y determinantes, surge la necesidad de analizar de la percepción sobre el estado de salud de forma individualizada, la influencia de las actividades de promoción y cuidado y la capacidad de alcanzar y mantener un nivel elevado de funcionamiento que permita la búsqueda de objetivos saludables.⁴

La observación del personal que atiende y trabaja con población joven sugiere que muchos progenitores no tienen suficientes conocimientos en promoción de la salud (con lo que no pueden transmitir competencias en salud a sus hijos). Las competencias en salud implican el logro de un nivel de conocimientos, habilidades personales y la confianza para tomar medidas para mejorar la salud personal y comunitaria mediante el cambio de estilos y condiciones de vida. Por lo tanto, adquirir buenos hábitos saludables significa algo más que ser capaz de leer los folletos y pedir cita en un centro sanitario. Mejorar el acceso a la información de la salud, y que las personas sean capaces de utilizarla de manera eficaz, es fundamental. Un nivel bajo de competencias en educación en salud, lleva a una limitación de la capacidad de individuo para obtener, entender y procesar la información básica de los servicios que necesita para tomar decisiones que sean saludables para su vida.⁵ Es básico conocer si el individuo, familia y comunidad poseen información y si ésta es la correcta; si disponen de los instrumentos para dar apoyo a las personas en diferentes situaciones de salud y por tanto, si precisan ayudas para cubrir alguna de sus necesidades o se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.³

La salud es siempre un tema controvertido y de gran impacto tanto social como económico, que, en estos momentos, está sometido a una gran politización. El estado de salud es un indicador fundamental del bienestar social y condición imprescindible para el desarrollo de un país. El avance representado por la economía, la tecnología y las ciencias de la salud y el esfuerzo realizado por los estados en la promoción de la higiene

y salud, han logrado un alargamiento de la esperanza de vida (y de vida útil) que, en el caso de España, se sitúa en una de las más altas del mundo.⁶ El creciente interés por el análisis en la competencias en salud ha generado que su medición adquiriera progresiva importancia como indicador del impacto de cualquier evento de salud y/o condición (física, social o ambiental). Su desarrollo propicia su aplicación en el ámbito de la política sanitaria, asignación de recursos, o la implementación de intervenciones.⁷ La preocupación principal que han de tener los responsables de la salud es la de tratar de que la población no enferme, de que los ciudadanos tengan una vida cada vez más saludable. Esto ayudará considerablemente a la sostenibilidad económica y financiera pues evitará el desarrollo de enfermedades, muchas de ellas agudas y de costoso tratamiento. Por ello es necesaria un mayor desarrollo de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, la gestión proactiva, personalizada, de base poblacional.⁶

En el caso de los niños y adolescentes estas intervenciones incluyen algunos aspectos comunes y también algunas diferencias fundamentales respecto de la población adulta. Cualquier abordaje debe incluir la percepción del propio niño/adolescente de su propia salud, sus recursos y capacidades, y todo esto debe considerarse es un constructo multidimensional que necesariamente debe tener en cuenta los contextos sociales en los que se desarrollan los/las niños/niñas, tales como la familia, el círculo de amigos, el ambiente escolar y la comunidad, ya que todos estos ejercen una influencia importante sobre el desarrollo de sus competencias.⁸ Los estudios sobre percepción de salud en niños y jóvenes a nivel europeo concluyen que la percepción de salud tiende a estar relacionada con los antecedentes familiares, los estilos de vida, el rendimiento escolar, el entorno social y las condiciones de vida.⁹

Nuestro objetivo es determinar la mejor herramienta para analizar las competencias en salud que poseen los jóvenes en el ámbito de la sociedad multicultural almeriense a través de la revisión de la mejor bibliografía científica disponible teniendo en cuenta la influencia de la cultura sobre la salud. Este estudio forma parte del proyecto: Educación para la Salud Transcultural en los Jóvenes Inmigrantes y Autóctonos de Almería: Análisis e intervención para su optimización y mejora, financiado por el Plan Nacional de I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad (Ref: EDU2011-26887) del grupo de investigación HUM-665 de la Universidad de Almería.

Como grupo de investigación orientado al análisis de la salud intercultural observamos cómo en muchos de los fracasos en gestión sanitaria aparece un denominador común en el que suelen repetirse situaciones de:

- Dificultad para identificar cuándo la orientación cultural influye sobre las competencias en salud.
- Falta de entendimiento del comportamiento de personas culturalmente distintas, con objetivos y motivaciones dispares a los nuestros.
- Dificultad para adaptarse a la perspectiva de otra cultura.
- Dificultades para adaptar los conocimientos de nuestra cultura.
- Escasa conciencia de las características y sesgos más importantes de la cultura propia.

Metodología

A lo largo del último trimestre de 2011 y todo el 2012 se han buscado, analizado y seleccionado los documentos y cuestionarios específicos orientados al análisis de competencias en salud la población infantil obtenidos a través de la consulta en las bases de datos Medline, PubMed, Evidence in Health and Social Care (NHS Evidence), Cochrane Library, Science Citación Index e Índice Médico Español. En la estrategia de búsqueda se combinaron diferentes palabras clave teniéndose también en cuenta las revisiones sistemáticas de la literatura publicadas previamente. Las palabras clave utilizadas fueron “child” [MeSH]; “adolescent” [MeSH]; adolescent*; child*; teenage*; paediatr*; “questionnaires [mh]; “health surveys”; “quality of life”; “health. status”; “functional status”; “well being”; “perceived health. status” combinadas en diferentes cadenas de búsqueda a través de los correspondientes booleanos.

Para la selección de cuestionarios se han tomado como criterios de inclusión: haber sido desarrollados o adaptados para niños o adolescentes, con rango de edad comprendido entre el nacimiento y los 19 años, recogida de la información a partir de los propios informantes y la calidad del proceso de adaptación intercultural. Se excluyeron aquellos desarrollados para población adulta, aunque se hubiesen empleado para la población infantil y los creados para la población general. Se han analizado concienzudamente la calidad del contenido de los instrumentos y sus propiedades psicométricas así como sus procesos de adaptación cultural. En lo que a este aspecto se refiere, a la hora de incluir o no los cuestionarios, valoramos si la fuente describe si se la llevado a cabo siguiendo la metodología sistemática de traducción directa e inversa (traducción-retrotraducción) internacionalmente consensuada. En esta intervienen el equipo de investigación; un grupo de expertos, un mínimo de dos traductores bilingües y la población diana a la cual está dirigido el cuestionario y puede sintetizarse en tres fases:

1. Traducción al idioma que se pretende adaptar el cuestionario.
2. Aplicación del cuestionario a la población diana mediante metodología cualitativa (grupos de discusión o entrevistas semiestructuradas, evaluadas por un grupo de expertos).
3. Retrotraducción al idioma original del cuestionario.¹¹

Una vez obtenida la versión adaptada, se analiza si se han comprobado sus propiedades psicométricas para corroborar que la nueva versión mide los mismos constructos que la original y así se cita.

Resultados

Se han obtenido un total de 715 documentos, de los cuales, tras revisarlos y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se eliminaron 582: 564 mediante la lectura de los resúmenes y 18 a partir del artículo original. Del total de 133 artículos seleccionados se obtuvieron un total de 30 cuestionarios sobre competencias genéricas en salud y 47 sobre enfermedades específicas. De los primeros la mayoría fueron creados en EEUU (10), Reino Unido (5); Holanda y Francia (4), uno ha sido desarrollado de forma simultánea en diversos países y el resto en otros. [Tabla 1]

Casi todos se conciben como multidimensionales, en cuanto a las dimensiones relacionadas con los aspectos sociales, recogen la forma en que el sujeto interactúa con

el medio: colegio, amigos, familia, a la par que analizan cómo repercute el estado de salud-enfermedad en el contexto en que se desarrolla el individuo: apoyo social, impacto en el tiempo de los padres, cohesión familiar y las actividades familiares.

Requiere especial interés el cuestionario “Screening for promotion of Health Related Quality in Children and Adolescents” (KIDSCREEN en adelante) desarrollado en 13 países: Austria, República Checa, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, España, Suecia, Suiza, Países Bajos y Reino Unido.

En su elaboración se llevó a cabo un proceso de traducción, retrotraducción y armonización de los contenidos y se monitorizó una prueba piloto en muestras de conveniencia de los países participantes. Para el análisis psicométrico de la prueba piloto se aplicaron tanto la Teoría Clásica del Test (TCT) como la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).¹² Se comprobó su validez de constructo de acuerdo con hipótesis previas, así como su validez convergente y discriminante comparando las puntuaciones obtenidas con las de otros instrumentos desarrollados previamente y que presentaban coeficientes de validez y fiabilidad conocidos. También se comprobó la fiabilidad y reproducibilidad test-retest. Las propiedades psicométricas del cuestionario fueron analizadas en toda la muestra y estratificada por países. En resumen, del análisis psicométrico se concluyó que el KIDSCREEN, en su versión de 52 ítems, muestra valores aceptables de validez y fiabilidad.¹³

El KIDSCREEN-52 analiza las siguientes dimensiones:

- 1.- Bienestar Físico: Actividad, forma física y energía (5 ítems).
- 2.- Bienestar Psicológico: Emociones positivas y satisfacción con la vida (6 ítems).
3. - Estado de Ánimo y Emociones: Experiencias negativas, estados depresivos y sensaciones de estrés del niño/a o adolescente (7 ítems).
4. – Autopercepción: Percepción de la apariencia física e imagen corporal, y satisfacción relacionada con ellas (5 ítems).
5. – Autonomía: Oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (5 ítems).
- 6.- Relación con los Padres y Vida Familiar: Atmósfera familiar (6 ítems).
- 7.- Apoyo Social y Relación con los Pares: Tipo de relación con los/as compañeros/ as (6 ítems).
- 8.- Ambiente Escolar: Percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de sensaciones acerca de la escuela (6 ítems).
- 9.- Aceptación Social (Bullying): Sensación de rechazo de los/las compañeros/as (3 ítems).
- 10.- Recursos Económicos: Percepción sobre la capacidad financiera (3 ítems).

La mayoría de los ítems analizan la frecuencia de los comportamientos y sentimientos mientras otros analizan la intensidad de las emociones y/o estados de ánimo. En ambos casos se utiliza una escala Likert de 5 categorías que va de “nunca” a “siempre” en la escala de frecuencia y de “nada” a “muchísimo” en la escala de intensidad. Posteriormente al KIDSCREEN-52 se desarrollaron 2 versiones reducidas, la versión de 27 ítems (KIDSCRENN-27) para ser utilizarla en estudios clínicos,¹⁴ y una versión índice de 10 ítems (KIDSCREEN-10) para promover su uso en encuestas y estudios epidemiológicos a gran escala.¹⁵

Discusión y Conclusiones

El KIDSCREEN constituye una herramienta que permite el análisis tanto de las competencias como los cambios en la calidad de vida relacionados con la salud a través de un cuestionario fiable y adaptado a diferentes realidades culturales. Su uso permite detectar factores predisponentes, facilitadores y de necesidades en salud que deben ser atendidos a la hora de planificar actividades de intervención en los grupos de población de menor edad. El futuro cercano está orientado a mejorar la calidad de estos instrumentos a través de su reducción en el número de ítems así como su autoadministración en formato electrónico. Del mismo modo, las innovaciones se orientan hacia el uso de técnicas psicométricas avanzadas. El uso de la Item Response Theory permite identificar con gran precisión determinados estados de salud utilizando un número muy reducido de preguntas, a la par que la informatización de los cuestionarios y su aplicación a través de los dispositivos informáticos suponen una herramienta prometedora para ampliar el uso de la medida de estos en la edad pediátrica adquiriendo de este modo gran importancia tanto en la práctica clínica diaria como en la planificación en salud pública.

Las actividades de los programas de salud comunitaria deben contar con la participación de los profesionales y de la población además de vincularse con el entorno social desarrollando:

- El análisis de las necesidades objetivas y las percibidas.
- Soporte asistencial.
- Proyectos de información sanitaria y habilidades.
- La movilización comunitaria.
- La creación de redes sociales.¹⁶

Es necesario el desarrollo de una verdadera Gestión de la Salud. Una nueva organización centrada de verdad en el ciudadano; que supere la gestión sanitaria y asistencial actuales. Mejorando nuestras estrategias y políticas de formación, investigación, innovación, gestión y financiación, eliminando barreras y prejuicios, aprovechando las experiencias y las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías. Planificando estrategias de intervención sanitaria en las que sean una realidad:

- La Flexibilidad y Simetría de posiciones entre los roles profesionales y usuario dentro de un sistema no jerárquico.
- Proactividad, pues el fin en estos casos no es ya el cura o asistencia clínica, sino la mejora sustancial a través de una atención orientada al cambio social.
- Filosofía de autocuidado, que persigue la máxima autonomía de los individuos, familias, grupos y comunidades potenciando los recursos que promueven el cambio y posibilitando la creación de estructuras comunitarias estables.¹⁷

Y todo esto haciendo especial énfasis en aquellos aspectos más relevantes y eficientes en esta gestión de salud:

- La promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Garantizando a los ciudadanos la equidad y la accesibilidad.
- Haciendo efectivo del sistema, en términos de resultados de salud.
- Garantizando la cohesión.
- Manteniendo y mejorando la calidad.
- Con eficiencia en la producción y uso de los servicios y la tecnología.

-Creando un entorno de sostenibilidad económica y de calidad.

En este nuevo modelo de gestión de la Salud el objetivo primordial debe mejorar y mantener la salud no repararla simplemente tal y como se concibe hoy día. Resolver la efectividad del acceso universal de todos los usuarios a la prestación en salud y su promoción de manera gratuita e independientemente de su condición social, laboral o legal.

Bibliografía

1. Committee on Evaluation of Children's Health. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. National Research Council, The National Academies Press, Washington D.C.2004.
2. Ruiz Salvador, D. y cols. Bienestar de la población senegalesa residente de Andalucía (España): Percepciones sobre salud e integración de cuidados médico – quirúrgicos. *Parainfo Digital*. 2011; V(14). Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n14/032d/php> [Consultada el 25/06/2013].
3. Corral Liria, I; Cid Expósito, MG. Proceso Salud-Enfermedad como fenómeno social: Influencia de la Cultura. En Palacios Cena, D. y Salvador Fuentes, P.(coords.). *Enfermería Social*. Madrid. Síntesis. 2012.pp 21-22.
4. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker S.A., Berzon R, Eds. *The international assessment of health related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications of Oxford:1995. p 3-10.
5. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Sciences & Medicine*, 2008, 67, pp 2072-2078.
6. Rodríguez-Santana, I. En: *El Modelo de Futuro para la Gestión de Salud*. Propuestas para un Debate. Fundación Bamberg Ed. 2012.
7. Wallander, J.L., Schmitt, M., Koot, H.M. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol*, 2001, 57(4); pp 571-585.
8. Matza LS, Rentz AM, Secnik K, Swensen AR, Revicki DA, Michelson D, Spencer T, Newcorn JH, Kratochvil CJ. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 2004, 25(3), pp 166-174.
9. European Commission. (2000). Report on the state of young people's health in the European Union: a Commission Services Working Paper. 2000. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/index_en.htm [Consultado el 25/06/2013].
10. Ruiz Salvador, D. y cols. Adecuación de la oferta sanitaria desde la perspectiva intercultural: La aportación de la investigación con usuarios subsaharianos. *Parainfo Digital*. 2012; VI(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/172d/php> [Consultada el 25/06/2013].
11. Beaton, DE; Bombardier, C; Guillemin, F; Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24), pp 3186-91.
12. Aymerich M, Berra S, Guillamon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*, 2005,19(2). pp 93-102.
13. Ravens-Sieberer U, y cols; European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-52

quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 2008, 11(4): pp 645-658.

14. Ravens-Sieberer U, y cols; European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res*, 2007, 16(8), pp 1347-1356.

15. Ravens-Sieberer U, y cols. European KIDSCREEN Group. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res*, 2010, 19(10). pp 1487-1500.

16. Corral Liria, I; Cid Expósito, MG. Migración y Salud. En Palacios Cena, D. y Salvador Fuentes, P.(coords.). *Enfermería Social*. Madrid. Síntesis. 2012. pp 66.

17. Cid Expósito, MG. y Salvador Fuentes, P. Contexto y Metodología de intervención social. En Palacios Cena, D. y Salvador Fuentes, P.(coords.). *Enfermería Social*. Madrid. Síntesis. 2012.

Anexos

Tabla 1. *Cuestionarios sobre Competencias Genéricas en Salud que cumplen criterios de inclusión de Revisión Sistemática*

| Autor | Nombre | Año | Edad | Escala Puntuación | Ítems | País |
|------------------------|--|------|------------------|--------------------------|-------|----------------|
| Apajasalo et al. | 16-Dimensional Health related Quality of Live measure | 1996 | 12 a 15 | Likert de 5 categorías | 16 | Finlandia |
| Apajasalo et al. | 17- Dimensional health-related measure | 1996 | 17 | Likert de 5 categorías | 17 | Finlandia |
| Aymerich et al | Screening for promotion of Health Related Quality in Chidren and Adolescents | 2004 | 8 a 13 | Likert de 5 categorías | 52 | Varios |
| Boyle et al. | Health Utilities Index Mark 3 | 1995 | Todas las edades | 5-6 niveles por atributo | 54 | Canadá |
| Bruil J et al. | How Are You? | 1996 | 8 a 13 | Likert de 4 categorías | 80 | Holanda |
| Collier et al. | Generic Children's Quality of Life measure | 2000 | 6 a 14 | Likert de 5 categorías | 25 | Reino Unido |
| Edwards et al. | Youth Quality of Life instrument | 2003 | | Escala Visual Analógica | 56 | Estados Unidos |
| Eiser et al. | Exeter Health Related Quality of Life Scale | 2000 | 6 a 11 | Escala Visual Analógica | 16 | Reino Unido |
| Eiser et al. | Perceived IllnessExperience | 1999 | 8 a 25 | Likert de 5 categorías | 34 | Reino Unido |
| Feeny et al. | Health Utilities Index Mark 2 | 1995 | 2 a 18 | 3-5 niveles de fun. | 35 | Canadá |
| Fekkes et al. | TNO-AZL Preschol Children Quality of Life | 2000 | 1 a 5 | Likert de 4 categorías | 43 | Holanda |
| Gayral-Taminh M et al. | How Are You? | 2005 | 6 a 12 | Likert de 5 categorías | 44 | Francia |

| | | | | | | |
|------------------------|--|------|---------|--------------------------|-----|----------------|
| Graham et al. | Child Quality of Live Questionnaire | 1997 | 9 a 15 | Likert de 7 categorías | 45 | Reino Unido |
| Koopman | Dutch Children TNO-AZL quality of life questionnaire | 1999 | 5 a 16 | Likert de 5 categorías | 36 | Holanda |
| Landgraf | Child Health Questionnaire | 1998 | 5 a 7 | Likert de 4-6 categorías | 98 | Estados Unidos |
| Lindstrom et al. | Nordic Quality of Live Questionnaire for Children | 1993 | 2 a 18 | No informada | 74 | Suecia |
| Manificat et al. | Autoquestionnaire Qualité de Vie-Enfant-Image | 1998 | 4 a 12 | Likert de 4 categorías | 30 | Francia |
| Manificat et al. | Infant Quality of Life | 2000 | 0 a 3 | Likert de 5 categorías | 34 | Francia |
| Maylath | Children's Health Rating Scales | 1999 | 9 a 12 | Likert de 5 categorías | 17 | Estados Unidos |
| Parsons et al. | Child Health Rating Inventories | 1999 | 5 a 12 | Likert de 5 categorías | 20 | Estados Unidos |
| Raphael et al. | Quality of Live Profile Adolescent Version | 1996 | 14 a 20 | Likert de 5 categorías | 54 | Canadá |
| Ravens-Sieberer et al. | Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern and Jugendlichen | 1998 | 4 a 16 | Likert de 5 categorías | 24 | Alemania |
| Riley | Child Health and Illness Profile-Child Edition | 2004 | 6 a 11 | Likert de 5 categorías | 76 | Estados Unidos |
| Sapin et al. | Vécu el santé preçue de l'adolescent | 2005 | 10 a 17 | Likert de 5 categorías | 37 | Francia |
| Spencer et al. | Warwick Child Health and Morbidity Profile | 2000 | 0 a 5 | Likert de 4 categorías | 16 | Reino Unido |
| Stardfield et al. | Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition | 1995 | 11 a 17 | Likert de 5 categorías | 183 | Estados Unidos |
| Stein et al. | Functional Status II R | 1990 | 0 a 16 | Likert de 3 categorías | 43 | Estados Unidos |
| Theunissen et al. | TNO-AZL Child Quality of Life | 1998 | 6 a 15 | Likert de 4 categorías | 108 | Holanda |
| Varni et al. 2 a 18 | Pediatric Quality of Life Inventory | 2001 | | Likert de 5 categorías | 23 | Estados Unidos |
| Wasson et al. | Darmouth COOP functional health assessment charts | 1994 | 12 a 21 | Likert de 5 categorías | 5 | Estados Unidos |