



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Adaptación y validación del cuestionario “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España**

Ana María Urpí Fernández



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

TESIS DOCTORAL



**Adaptación y validación del cuestionario "Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire" para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España**

Ana María Urpí Fernández

2017





# UNIVERSITAT DE BARCELONA

## **Adaptación y validación del cuestionario "Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire" para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España**

Tesis doctoral presentada por Ana María Urpí Fernández  
para optar al título de Doctora por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:

Dr. Joaquín Tomás Sábado y Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Tutorizada por:

Dra. María Teresa Lluch Canut

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras

Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad de Barcelona

Barcelona, mayo de 2017





# UNIVERSITAT<sub>DE</sub> BARCELONA

El Dr. Joaquín Tomás Sábado, profesor titular de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona y el Dr. Juan Francisco Roldán Merino profesor titular del Campus Docent Sant Joan de Déu - Fundació Privada. Escuela Universitaria de Enfermería adscrita a la Universidad de Barcelona.

DECLARAN:

Que el trabajo titulado “Adaptación y validación del cuestionario “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España”, que presenta Ana María Urpí Fernández para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección y cumple los requerimientos necesarios para su presentación y defensa pública.

Firmado:

Dr. Joaquín Tomás Sábado

Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Barcelona, mayo de 2017



*A mis padres, Ermi y Jose*

*A mi tía Marisa y madriña por sus oraciones*

*A Jose por creer en mi y estar a mi lado*

*“...siempre estás más cerca si no te detienes” Oliver Sacks, *En movimiento. Una vida.**





## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las instituciones y personas que han hecho posible la realización de este trabajo de tesis y a las que le debo mi gratitud.

Al Institut Català de la Salut y al Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol por la oportunidad de obtener una beca para la capacitación en investigación y realización del doctorado en la Atenció Primària 2015 (Nº 7183 IMP-040-CT V01), sin esta ayuda hubiera sido mucho menos factible llevar a cabo con éxito este estudio.

Al Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB) por la ayuda otorgada para la difusión de los artículos derivados de esta tesis (Proyecto PR-040/16).

Al Instituto de Salud Carlos III por darme la ayuda y la oportunidad de presentar la revisión sistemática realizada en este estudio en la Universidad de Nottingham y poder compartir esta experiencia con doctorandos de todo el mundo.

A los doctores Juan Roldán y Joaquín Tomás, los directores de esta investigación, por haber aceptado dirigirla y a la tutora la doctora M<sup>a</sup> Teresa Lluch, a los cuáles les doy mis más sinceros agradecimientos por sus aportaciones y asesoramiento.

A la doctora Edurne Zabaleta del Olmo, por ser la persona que ha creído más en mi y en mis posibilidades, por su generosidad constantes, su tiempo y sus enseñanzas de valores de constancia, esfuerzo, altruismo y rigor permanente que me transmite día a día. Y especialmente, por demostrarme que todo es posible y transmitirme la esperanza de que en un futuro no tan lejano las cosas serán diferentes.

A los doctores Concepción Violán y Bonaventura Bolívar, así como a todas las personas que trabajan en el Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, agradecerles la acogida que me han dado desde el primer momento, los recursos y el apoyo para poder finalizar la presente tesis. Especialmente, a María, Marc, Mariona Pujol, Carmen Ibáñez, Neus, Laura, Kika,

Mariona Pons, ....con los que he compartido estos últimos seis meses, por hacerme reír, por sufrir conmigo y animarme hasta el final, hasta acabarla. A Tomàs López, Albert Roso y María del Mar García Gil muchas gracias por vuestro apoyo y asesoramiento estadístico. Al doctor Carlos Martín por su soporte. A Patryk por su ayuda en la traducción y sus valiosas correcciones.

A mi familia por la paciencia y la comprensión que han demostrado tener durante todo el tiempo que he dedicado a esta tesis. Especialmente a Jordi, por ti, para ti y contigo.

A todos mis amigos y amigas que me han animado en los momentos que necesitaba, en especial Alona, Elena, Eva, Mireia, Ana María e Iris por su comprensión y su valiosa amistad.

A la dirección del Equipo de Atención Primaria Carles I, Fani y Yoseba, por el esfuerzo que supuso facilitarme estos últimos seis meses tan necesarios para mí y que me han permitido finalizarla. A mis compañeros y compañeras por cuidar de los pacientes mientras yo no estaba y darme ánimos en todo el proceso. A Lina Jodar y a Javier Montes por su ayuda en la investigación y en la revisión por pares. Y también a Olga Vigo, compañera del Centro de Atención Primaria-Línea Pediátrica Maragall, por ayudarme a planificar y ejecutar el trabajo de campo.

Quería agradecer muy especialmente al Consorci d'Educació por creer en este estudio y facilitar su realización, al inspector de educación Josep Ignasi Almirall Bolívar por su apoyo, coordinación y asesoramiento en la adaptación y validación del cuestionario de este estudio. A los directores, tutores y profesores de los cuatro centros educativos participantes: La Caixa, Rambleta del Clot, Horts y Verns.

Por último, a las y a los más importantes, a todos las niñas y niños, a sus madres y padres que dieron su consentimiento para que participaran en el estudio de manera voluntaria. Sin ellos sí que esta tesis no hubiera sido posible.

A todos ellos,

Gracias, gracias, gracias...

# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL .....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
LISTADO DE ACRÓNIMOS .....	xiii
GLOSARIO .....	xv
RESUMEN.....	1
RESUM .....	3
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN GENERAL .....	7
<b>PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
CONCEPTO, ORIGEN Y EVOLUCIÓN: AUTOCUIDADO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO .....	11
<i>Concepto de autocuidado y prácticas de autocuidado.....</i>	<i>11</i>
<i>Origen y evolución de las prácticas de autocuidado .....</i>	<i>11</i>
<i>Taxonomía relacionada con el autocuidado y sus prácticas .....</i>	<i>14</i>
TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO .....	14
<i>Prácticas de autocuidado según la teoría de Dorothea Orem.....</i>	<i>15</i>
<i>Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender.....</i>	<i>18</i>
<i>Otras teorías.....</i>	<i>20</i>
IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO .....	21
<i>Impacto en la salud .....</i>	<i>21</i>
Salud, bienestar y calidad de vida .....	21
Bienestar físico .....	21
Bienestar psicológico .....	22
<i>Otros constructos y el autocuidado.....</i>	<i>22</i>
Locus de control interno .....	22
Autoeficacia .....	23
Autonomía y relación con los padres .....	23
Apoyo social .....	24
Ambiente escolar .....	25
SITUACIÓN ACTUAL DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO .....	25
<i>Situación económica y laboral.....</i>	<i>25</i>
<i>Núcleo familiar: familia tradicional y otras realidades.....</i>	<i>26</i>

<i>Clima en las comidas</i> .....	27
<i>Cambios en los patrones alimentarios (comida basura, bebidas con cafeína,..)</i> .....	27
<i>Sedentarismo y pantallas</i> .....	28
<b>IMPORTANCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN: LA POBLACIÓN INFANTIL, FAMILIA, ESCUELA Y EN LA SOCIEDAD</b> .....	29
<i>Prácticas de autocuidado: la población infantil</i> .....	29
<i>Prácticas de autocuidado: el ámbito familiar</i> .....	29
<i>Prácticas de autocuidado: el ámbito escolar</i> .....	30
<i>Prácticas de autocuidado: la comunidad</i> .....	31
<i>Prácticas de autocuidado: la sociedad</i> .....	32
<b>RELEVANCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA LA ENFERMERÍA</b> .....	33
<i>Facilitadores</i> .....	33
<i>Barreras</i> .....	33
<i>Enfermería real</i> .....	33
<i>Enfermería potencial</i> .....	34
<i>Estrategias para la implementación de prácticas de autocuidado</i> .....	34
<b>PARTE II. REVISIÓN SISTEMÁTICA</b> .....	37
<b>INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL DESARROLLO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO</b> .....	39
<b>PARTE III. ESTUDIO EMPÍRICO</b> .....	55
<b>JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO</b> .....	57
<b>HIPÓTESIS</b> .....	59
<b>OBJETIVOS</b> .....	59
<i>Objetivo general</i> .....	59
<i>Objetivos específicos</i> .....	59
<b>METODOLOGÍA</b> .....	61
<i>Diseño del estudio</i> .....	61
<i>Cuestionario original</i> .....	61
<i>Adaptación al español</i> .....	61
<i>Participantes</i> .....	62
<i>Tamaño de la muestra</i> .....	63
<i>Selección de la muestra</i> .....	63
<i>Variables del estudio</i> .....	64
<i>Recogida de datos y administración del cuestionario</i> .....	64
<i>Estrategias de análisis</i> .....	65
Análisis del proceso de respuesta .....	65
Discriminación: Comparación de grupos extremos .....	66

Estructura interna del cuestionario adaptado .....	66
Fiabilidad de las puntuaciones del cuestionario .....	67
Consistencia interna .....	67
Estabilidad temporal .....	67
Establecimiento de relaciones teorizadas de las puntuaciones del cuestionario con otras variables o constructos.....	67
Consideraciones éticas .....	69
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<i>Prueba piloto</i> .....	71
<i>Tasa de respuesta</i> .....	71
<i>Características de las niñas y niños que completaron el cuestionario</i> .....	73
<i>Descripción de las respuestas y no respuestas a cada ítem</i> .....	75
<i>Discriminación: comparación de grupos extremos</i> .....	76
<i>Pruebas basadas en la estructura factorial</i> .....	77
<i>Consistencia interna global</i> .....	79
<i>Consistencia interna de los factores</i> .....	80
<i>Estabilidad temporal</i> .....	82
<i>Pruebas basadas en la relación con otras variables</i> .....	83
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>85</b>
<i>Pruebas basadas en el proceso de respuesta</i> .....	85
<i>Capacidad discriminativa de los ítems del cuestionario adaptado</i> .....	86
<i>Estructura factorial del cuestionario</i> .....	87
<i>Consistencia interna de las puntuaciones</i> .....	88
<i>Estabilidad temporal</i> .....	89
<i>Relación de las puntuaciones con otras variables</i> .....	90
<i>Limitaciones del estudio</i> .....	91
<i>Implicaciones para la investigación</i> .....	92
<i>Implicaciones para la práctica</i> .....	93
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>113</b>
CONVOCATORIAS COMPETITIVAS, ARTÍCULOS Y COMUNICACIONES .....	115
ANEXO A. CUESTIONARIO <i>CHILD AND ADOLESCENT SELF-CARE PERFORMANCE QUESTIONNAIRE (CAS PQ)</i>	
ADAPTADO .....	119
ANEXO B. FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS .....	125
ANEXO C. AUTORIZACIÓN FIRMADA POR LA DIRECTORA DE CENTROS DEL <i>CONSORCI D'EDUCACIÓ</i> .....	129
ANEXO D. MODELO DE CARTA DIRIGIDO A LOS DIRECTORES DE LAS ESCUELAS.....	133

ANEXO E. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PADRES Y MADRES Y ASOCIACIÓN DE PADRES Y MADRES DE ALUMNOS .....	137
ANEXO F. CUESTIONARIO RETEST ADAPTADO .....	141
ANEXO G. APROBACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL INSTITUT UNIVERSITARI D'INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓ PRIMÀRIA (IDIAP) JORDI GOL .....	149
ANEXO H. CUESTIONARIO KIDSCREEN-27.....	153

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA EN MEDLINE (VÍA PUBMED).....	41
TABLA 2. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS .....	48
TABLA 3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS .....	49
TABLA 4. CALIDAD METODOLÓGICA DE CADA ESTUDIO POR PROPIEDAD MÉTRICA E INSTRUMENTO.....	51
TABLA 5. NIVELES DE EVIDENCIA SEGÚN PROPIEDAD MÉTRICA E INSTRUMENTO.....	52
TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS EMPLEADOS PARA VALORAR EL AJUSTE DEL MODELO DE ANÁLISIS CONFIRMATORIO	66
TABLA 7. DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO KIDSCREEN-27 .....	68
TABLA 8. CARACTERÍSTICAS DE LOS ALUMNOS DE EDUCACIÓN PRIMARIA QUE RESPONDIERON AL TOTAL DE ÍTEMS DEL CUESTIONARIO .....	73
TABLA 9. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS 35 ÍTEMS DEL CASPQ ADAPTADO.....	75
TABLA 10. ÍNDICE DE DISCRIMINACIÓN DE LOS ÍTEMS COMPARANDO LAS PUNTUACIONES MEDIAS DE LOS GRUPOS CON PUNTUACIONES EXTREMAS .....	76
TABLA 11. ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DEL MODELO .....	79
TABLA 12. DESCRIPCIÓN DE LA CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL CORREGIDA Y DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO DE CADA UNO DE LOS 35 ÍTEMS DEL CUESTIONARIO. ....	79
TABLA 13. DESCRIPCIÓN DE LA CONSISTENCIA DE LAS PUNTUACIONES DE LOS FACTORES DEL CUESTIONARIO.....	80
TABLA 14. DESCRIPCIÓN DE LA CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL Y DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH DE CADA FACTOR DEL CUESTIONARIO. ....	81
TABLA 15. DESCRIPCIÓN DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE (CCI) DE ACUERDO E INTERVALO DE CONFIANZA (IC) DEL 95% DE LOS FACTORES DEL CUESTIONARIO CASPQ .....	83
TABLA 16. CORRELACIONES ENTRE LA SUMA DE PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO KIDSCREEN-27 Y EL CASPQ.....	83





## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. MODELO DE INTERCAMBIO SOCIAL DEL COMPROMISO FAMILIAR.....	31
FIGURA 2. DETALLE DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y LA SELECCIÓN DE ESTUDIOS. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA.....	53
FIGURA 3. DESCRIPCIÓN DE LA TASA DE RESPUESTA.....	72
FIGURA 4. DIAGRAMA DE SENDEROS DEL MODELO ESTIMADO CON LOS PARÁMETROS ESTANDARIZADOS .....	78
FIGURA 5. DIFERENCIA ENTRE LAS PUNTUACIONES OBSERVADAS ENTRE AMBAS ADMINISTRACIONES DEL CASPQ .....	82



## LISTADO DE ACRÓNIMOS

Se detallan a continuación el listado de acrónimos utilizados en el texto y su significado:

<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>CAP</b>	Centro de Atención Primaria
<b>CASPQ</b>	<i>Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire</i>
<b>CCI</b>	Coefficiente de Correlación Intraclase
<b>CFI</b>	<i>Comparative Fit Index</i>
<b>COSMIN</b>	<i>COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
<b>CVRS</b>	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
<b>DE</b>	Desviación Estándar
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>IC</b>	Intervalo de Confianza
<b>IDIAP</b>	Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PRISMA</b>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis</i>
<b>PROSPERO</b>	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
<b>RMSEA</b>	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
<b>SRMR</b>	<i>Standardized Root Mean square Residual</i>
<b>TLI</b>	<i>Tucker-Lewis Index</i>



## GLOSARIO

**Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** Es un constructo multidimensional que describe el bienestar físico, psicológico y social percibidos por una persona en el contexto de sus valores, creencias, expectativas, objetivos y entorno.

**Constructo** Nombre técnico que recibe en psicometría cualquier concepto que se desea medir.

**Consistencia interna** Grado en el que todos los ítems de una escala miden el mismo constructo.

**Efecto suelo** Efecto que se produce cuando en un ítem en el que se ha previsto una escala de respuesta de varios puntos, las respuestas se acumulan en el valor inferior.

**Efecto techo** Efecto que se produce cuando en un ítem en el que se ha previsto una escala de respuesta de varios puntos, las respuestas se acumulan en el valor superior.

**Estabilidad temporal** Grado en que un instrumento produce resultados estables en el tiempo bajo supuesto que no se ha producido ningún cambio en el constructo que se evalúa.

**Fiabilidad** Grado en que un instrumento está libre de error aleatorio.

**Teoría clásica de los test** Teoría que comprende un conjunto de conceptos y métodos que proporcionan una base para los instrumentos de medida. Parte de que las respuestas dadas a los ítems de un test se combinan en una única puntuación total para cada sujeto. Sus conceptos incluyen características de los ítems y de la escala así como diferentes tipos de fiabilidad y validez.

**Validez de un instrumento** Hace referencia a las pruebas o argumentos disponibles que sustentan que el instrumento realmente se puede utilizar para el fin propuesto.



## RESUMEN

**Introducción:** Las prácticas de autocuidado son esenciales para promover y mantener la salud. Su adopción en épocas tempranas de la vida es esencial para lograr una vida adulta activa y saludable. No se han identificado instrumentos de medida de las prácticas de autocuidado en población infantil sana española. Disponer de instrumentos que permitan evaluarlas de una manera fiable y válida permitirá identificar posibles déficits y facilitará la planificación de intervenciones dirigidas a su promoción.

**Objetivo:** Adaptar el cuestionario *Child and Adolescent Self-Care Performance (CAS PQ)* al contexto de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España y evaluar sus propiedades métricas.

**Metodología:** Se realizó la traducción, la retrotraducción y una prueba piloto de cuestionario que estaba formado por 35 ítems. Durante los primeros seis meses de 2016, 498 alumnos y alumnas de educación primaria de cuatro centros educativos de Cataluña (España) participaron de forma voluntaria en el estudio. Se evaluó el proceso de respuesta, la capacidad discriminativa de los ítems, la estructura factorial y se analizaron las relaciones de las puntuaciones del cuestionario adaptado con las del cuestionario KIDSCREEN-27, que mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Asimismo, se evaluaron la consistencia interna y la estabilidad temporal de las puntuaciones.

**Resultados:** De los 498 participantes, 489 (82%) respondieron los 35 ítems. Los ítems del cuestionario presentaron una capacidad discriminativa óptima. El análisis factorial confirmatorio de su estructura teórica de tres factores mostró un ajuste suficiente. La consistencia interna global de las puntuaciones fue satisfactoria, no obstante, la de las puntuaciones de cada factor fue marginal o moderada. Se observó una asociación positiva entre las puntuaciones del cuestionario adaptado y la CVRS. Las puntuaciones de cada uno de los factores del cuestionario mostraron una estabilidad temporal óptima.

**Conclusiones:** El cuestionario CAS PQ adaptado en su versión para población residente en España, permite medir de forma fiable y válida el desarrollo de las prácticas de autocuidado en la población infantil sana de 8 a 12 años y muestra propiedades métricas aceptables y similares a las del cuestionario original. El CAS PQ es un instrumento útil para identificar posibles déficits y facilitar la planificación de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud. Se debe continuar acumulando pruebas de su validez en otros contextos y desarrollar estudios que permitan conocer su sensibilidad a los cambios organizativos y a las estrategias de promoción de la salud.

**Palabras clave:** Autocuidado, Encuestas y Cuestionarios, Estudios de validación, Escuelas, Niño, Psicometría, Promoción de la Salud.





## RESUM

**Introducció:** Les pràctiques d'autocura són essencials per promoure i mantenir la salut. La seva adopció en èpoques primerenques de la vida és essencial per aconseguir una vida adulta activa i saludable. No s'han identificat instruments de mesura de les pràctiques d'autocura en població infantil sana espanyola. Disposar d'instruments que permetin avaluar-les d'una manera fiable i vàlida permetrà identificar possibles dèficits i facilitarà la planificació d'intervencions dirigides a la seva promoció.

**Objectiu:** Adaptar el qüestionari *Child and Adolescent Self-Care Performance* (CAS PQ) al context de la població infantil sana de 8 a 12 anys resident a Espanya i avaluar les propietats mètriques.

**Metodologia:** Es va realitzar la traducció, la retrotraducció i una prova pilot de qüestionari que estava format per 35 ítems. Durant els primers sis mesos de 2016, 498 alumnes i alumnes d'educació primària de quatre centres educatius de Catalunya (Espanya) van participar de forma voluntària en l'estudi. Es va avaluar el procés de resposta, la capacitat discriminativa dels ítems, l'estructura factorial i es van analitzar les relacions de les puntuacions del qüestionari adaptat amb les del qüestionari KIDSCREEN-27, que mesura la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Així mateix, es van avaluar la consistència interna i l'estabilitat temporal de les puntuacions.

**Resultats:** Dels 498 participants, 489 (82%) van respondre els 35 ítems. Els ítems del qüestionari van presentar una capacitat discriminativa òptima. L'anàlisi factorial confirmatori de la seva estructura teòrica de tres factors va mostrar un ajust suficient. La consistència interna global de les puntuacions va ser satisfactòria, però, la de les puntuacions de cada factor va ser marginal o moderada. Es va observar una associació positiva entre les puntuacions del qüestionari adaptat i la QVRS. Les puntuacions de cada un dels factors del qüestionari van mostrar una estabilitat temporal òptima.

**Conclusions:** El qüestionari CAS PQ adaptat en la seva versió per a població resident a Espanya, permet mesurar de manera fiable i vàlida el desenvolupament de les pràctiques d'autocura en la població infantil sana de 8 a 12 anys i mostra propietats mètriques acceptables i similars a les del qüestionari original. El CAS PQ és un instrument útil per identificar possibles dèficits i facilitar la planificació d'intervencions dirigides a la promoció de la salut. S'ha de continuar acumulant proves de la seva validesa en altres contextos i desenvolupar estudis que permetin conèixer la seva sensibilitat als canvis organitzatius i a les estratègies de promoció de la salut.

**Paraules clau:** Autocura, Enquestes i Qüestionaris, Estudis de validació, Escoles, Nen, Psicometria, Promoció de la Salut.



## ABSTRACT

**Introduction:** Self-care practices are essential to promote and to maintain health. Its adoption in early times of life is essential for a healthy and active adult life. No instruments to measure self-care practices have been identified in Spanish healthy children. It is necessary to have reliable and valid instruments to evaluate self-care and so to identify possible deficits and will facilitate the planning of interventions aimed at their promotion.

**Objective:** To adapt the *Child and Adolescent Self-care Performance Questionnaire* (CASPPQ) to the context of Spanish healthy children from 8 to 12 years old and to assess their metric properties.

**Methodology:** We carried out the translation, the back translation and a pilot test of the questionnaire which consisted of 35 items. During the first six months of 2016, 498 primary school pupils from four educational centers in Catalonia (Spain) participated voluntarily in the study. We evaluated the response process, the discriminative validity of items, the factor structure, and we analysed the relationship of the scores of the adapted questionnaire between the scores of the KIDSCREEN-27 questionnaire. This questionnaire measures health-related quality of life (HRQL). We also evaluated the internal consistency and temporal stability of the scores.

**Results:** Of the 498 participants, 489 (82%) answered all 35 items. The items of the questionnaire presented an optimal discriminative validity. The confirmatory factor analysis of its theoretical structure of three factors showed a sufficient fit. The overall internal consistency of the scores was satisfactory. Nevertheless, the internal consistency of scores for each factor was marginal or moderate. A positive association was observed between the scores of the adapted questionnaire and HRQL. The factors' scores of the questionnaire showed an optimal temporal stability.

**Conclusions:** The CASPPQ adapted in its version for Spanish population allows a reliable and valid measurement of the development of self-care practices in healthy children aged 8 to 12 years and shows acceptable metric properties similar to those of the original questionnaire. The CASPPQ is a useful tool to identify possible deficits and facilitate the planning of interventions aimed at health promotion. It is necessary to continue to accumulate evidence of its validity in other contexts and develop studies that allow to know its sensitivity to organizational changes and strategies for health promotion.

**Key words:** Self-care, Surveys and Questionnaires, Validation studies, Schools, Child, Psychometrics, Health promotion.



## INTRODUCCIÓN GENERAL

El autocuidado hace referencia al cuidado de uno mismo mediante la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida y salud. De este modo, las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos que pueden contribuir a su salud y su bienestar. Tomando como referencia la teoría enfermera del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001), se entiende por prácticas de autocuidado “las actividades que llevan a cabo las personas en determinadas situaciones, con el propósito de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”. Las prácticas de autocuidado han de formar parte de la vida diaria de las personas e incluyen todas aquellas actividades dirigidas a mantener una buena salud física y mental, satisfacer las necesidades sociales y prevenir, tanto enfermedades como accidentes (Webber et al., 2013). Estas prácticas han de integrarse en la vida, tanto de las personas sanas como de las enfermas, e incluyen un amplio abanico de acciones relacionadas con la higiene, la alimentación y los estilos de vida, así como con los factores ambientales y socioeconómicos.

Llevar a cabo prácticas de autocuidado es esencial para el mantenimiento de la salud. En Europa, un 60% de la carga de enfermedad es atribuible a siete factores de riesgo: la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, los niveles elevados de colesterol, el sobrepeso, el consumo deficitario de frutas y verduras y una insuficiente actividad física (Organización Mundial de la Salud, 2009). Todos estos factores de riesgo son modificables mediante la adopción de conductas promotoras de salud y cambiar estos factores podría prevenir el 93% de las diabetes, el 81% de los ataques cardiacos, el 50% de los accidentes cerebrovasculares y el 36% de todos los cánceres (Ford et al., 2009), así como reducir la mortalidad por todas las causas (Loef & Walach, 2012).

Diferentes estudios señalan la importancia de la adopción de prácticas de autocuidado en edades tempranas de la vida con el objetivo de lograr, de esta manera, una vida adulta y una vejez más activas y saludables (F. Campbell et al., 2014; Frank, 2012; Oxley, 2009; Peel, McClure, & Bartlett, 2005). Sin embargo, en los últimos años se ha observado un déficit de las mismas, en especial, de aquellas relacionadas con la alimentación y la actividad física. El cambio de los patrones alimentarios y el aumento del sedentarismo en la población infantil y adolescente están contribuyendo al aumento de la obesidad y el sobrepeso en este grupo poblacional en todo el mundo (Karnik & Kanekar, 2012; Monasta et al., 2010). El déficit de autocuidado influye en la calidad de vida de las personas y entraña graves repercusiones sanitarias y económicas para estas, sus familias y la sociedad en su conjunto (Formosa & Muscat, 2016; Heidarzadeh, Atashpeikar, & Jalilazar, 2010; Nortje, Nel, & Nolte, 2008; Teljeur et al., 2016)

En consecuencia, las políticas dirigidas a la promoción de la salud y el autocuidado representan un elemento clave de los actuales sistemas sanitarios, con el objetivo de reducir el riesgo de enfermedad y de discapacidad, de contribuir a un envejecimiento activo y saludable y a un sistema sanitario más sostenible (Teljeur et al., 2016).

Desde la aparición de la teoría de Orem, a mediados de siglo XX, existe una relación explícita entre autocuidado y enfermería. Según Orem (2001), las ciencias del autocuidado están incluidas dentro de las ciencias fundamentales de la enfermería, por lo que el autocuidado es objeto primordial de la práctica enfermera y su nivel, un resultado estrechamente relacionado con la misma (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013; Richard & Shea, 2011). Por esta razón, evaluar el autocuidado es esencial para planificar las intervenciones de enfermería que promuevan el autocuidado y para medir la contribución de la enfermería a los resultados de salud. Disponer de instrumentos que permitan evaluar de manera fiable y válida las prácticas de autocuidado que llevan a cabo este grupo poblacional, permitirá identificar posibles déficits y facilitará la planificación de intervenciones dirigidas a su promoción. Por otra parte, también contribuirá a impulsar el desarrollo de investigaciones fundamentadas en esta teoría enfermera y así aumentar el cuerpo de conocimientos que respaldan su solidez y aplicabilidad (Biggs, 2008; Parse, 2015).

Para evaluar este nivel de autocuidado se han desarrollado un buen número de instrumentos dirigidos a la población con determinadas enfermedades que miden prácticas de autocuidado específicas, como por ejemplo en la insuficiencia cardíaca (Cameron, Worrall-Carter, Driscoll, & Stewart, 2009). En cambio los instrumentos para evaluar las prácticas de autocuidado en población sana y especialmente en población infantil sana son escasos (Rajmil, López, López-Aguilà, & Alonso, 2013). Esta tesis desarrolla el trabajo de investigación que tiene como objetivo adaptar y evaluar un instrumento de medida de las prácticas de autocuidado de la población infantil sana residente en España.

La tesis está estructurada en tres partes claramente diferenciadas. La parte primera está dedicada a la descripción teórica del autocuidado, las prácticas de autocuidado y su fundamentación conceptual. La segunda parte contiene una revisión sistemática de la literatura sobre las propiedades métricas de los instrumentos publicados para evaluar el autocuidado en niños sanos. Por último, la tercera parte es una investigación empírica sobre la adaptación y estudio de las propiedades métricas de la forma española del *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CAS PQ).

## **PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**





## **CONCEPTO, ORIGEN Y EVOLUCIÓN: AUTOCAUIDADO Y PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO**

El autocuidado se puede entender como una parte integrada dentro de la promoción de la salud, en el que la persona se compromete a que sus acciones vayan dirigidas a cuidar de sí y de su entorno más cercano (Kickbusch, 1989).

### **Concepto de autocuidado y prácticas de autocuidado**

La palabra “autocuidado” está compuesta por el prefijo griego “auto”, cuyo significado es “de o por sí mismo” y por el término de origen latino “cuidado” que significa “pensamiento”. En relación a las diferentes definiciones existentes, destaca la propuesta por Orem (2001) que lo define como “la práctica de actividades que llevan a cabo las personas en determinadas situaciones con el propósito de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”. El autocuidado no es innato, sino que constituye un comportamiento que se aprende y se experimenta dependiendo de las creencias, costumbres y prácticas habituales de la familia, grupo o comunidad al que la persona pertenece.

Las prácticas de autocuidado forman parte de la vida diaria de las personas e incluyen todas aquellas actividades dirigidas a mantener una buena salud física y mental, a satisfacer las necesidades sociales y a prevenir tanto enfermedades como accidentes (Webber et al., 2013). Estas prácticas han de integrarse en la vida, tanto de las personas sanas como de las enfermas e incluyen un amplio abanico de acciones relacionadas con la higiene, la alimentación y los estilos de vida así como con los factores ambientales y socioeconómicos.

### **Origen y evolución de las prácticas de autocuidado**

Las prácticas de autocuidado cobraron una especial importancia en la antigua Grecia, donde el deber de cuidarse y respetarse era una responsabilidad propia y hacia los demás. Así, los antiguos griegos tenían un amplio concepto de lo que estas prácticas comportaban: conocerse a sí mismo, cuidar el cuerpo mediante la alimentación y el ejercicio físico, vigilar el modo de vida y evitar los excesos. Es en esta época cuando la autorregulación cobra importancia como una forma de autocuidado. Dentro de las prácticas más conocidas y características de la Grecia helénica, se encuentra el cuidado de sí o “épiméleia heautou”. La “épiméleia” significaba ocuparse de uno mismo y es el principio filosófico que predomina en el modo de pensamiento griego, helenístico y romano. Este principio implica una cierta forma de vigilancia sobre lo que uno piensa y sobre lo que acontece en el pensamiento, una práctica de revisión de sí mismo que alude a la inquietud, ocupación y conocimiento del sujeto, como una labor ética y política al servicio de una óptima relación consigo mismo y con los otros (Foucault, 1996).

En el último período de su obra, el filósofo Michael Foucault rescata la noción filosófica de cuidado y atención a sí mismo desde la cultura clásica. Según Foucault (1981), cuidar de sí y de la relación consigo mismo sería una forma de cuidar de los otros. De este modo, las relaciones con los demás están presentes a lo largo de todo este desarrollo del cuidado de uno mismo. Esta revalorización del cuidado de sí mismo, desde la labor terapéutica a los fundamentos éticos, se encuentra desarrollada en su estudio genealógico de las prácticas de sí mismo, que son definidas por el autor como “un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y, en esta relación, el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones” (Chirolla, 2007). Para Foucault (1996), las llamadas prácticas de uno mismo, son entendidas como aquellas acciones por las cuales el sujeto se hace cargo de sí mismo, se modifica y transforma.

Foucault (1996) afirma que uno no puede ocuparse de sí mismo sin conocerse. De este modo, el cuidado de uno mismo conlleva un autoconocimiento. De ahí, la inevitable relación que se establece entre una práctica y un saber o entre el sujeto y la verdad. Es decir, existe un fuerte vínculo entre el conocimiento y la acción, sea como principio regulador de la acción, como objetivo a ser logrado mediante la acción o como proceso a través del cual comparece (Robbins, 2007). El cuidado de sí mismo se dirige al alma, pero envuelve al cuerpo en una infinidad de preocupaciones de detalle. Se convierte en un arte de vivir para todos y a lo largo de toda la vida; el cuidado de sí mismo es un modo de prepararse para la realización completa de la vida (Giraldo, 2008). Ahora bien, aquellas personas que ejercían el cuidado de sí mismo, se debían fijar en todos los aspectos de su vida y en su entorno. En cuanto a las prácticas que conllevaba el cuidado de sí mismo, se debía estar al tanto de la comida, en sus ingredientes y su temperatura. Debían igualmente ejercerse una serie de hábitos: se aconsejaba el cantar, pues ayuda a la salud, los paseos, hablar en público, saber escuchar, la concentración anímica, los ejercicios físicos y espirituales, la filosofía, la introspección y los baños (Sossa, 2010).

En la antigüedad, la ética, como práctica reflexiva de libertad, giró en torno al imperativo fundamental de “cuida de ti mismo”. El cuidado de uno mismo es ético en sí mismo, pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que convierte al sujeto en alguien capaz de ocupar en la ciudad, en la comunidad, o en las relaciones interindividuales, el lugar que le conviene (Garcés-Giraldo & Giraldo-Zuluaga, 2013). El cuidado de sí mismo adquiere relevancia ética y, a pesar de su antigüedad, se mantiene plenamente vigente hoy en día, ya que las consecuencias de cuidar y ocuparse de sí mismo tienen relación con algunas pretensiones éticas y con el pensamiento posmoderno. El cuidado de sí mismo desde la perspectiva de Foucault (1996), constituiría una necesidad y un mandato ético para quienes asumen la tarea de cuidar de otro, en tanto que la labor de cuidar, estimular e invitar a otro a que se ocupe de sí mismo, se configura como una práctica que debe ser aprendida antes en primera persona (Garcés-Giraldo & Giraldo-Zuluaga, 2013). El sujeto se constituye de una forma activa, a través de las prácticas de sí mismo. Sin embargo, éstas prácticas

no surgen de forma espontánea del propio individuo, sino que constituyen esquemas que se encuentran en su cultura y que le son propuestos, sugeridos e impuestos por su sociedad, entorno y grupo social. El cuidado de sí mismo supone, desde una perspectiva ética, el cuidado de los otros, en la medida en que la relación con uno mismo es, ontológicamente, la primera. En consecuencia, constituye una acción de responsabilidad hacia los pacientes, hacia sí mismo y al modelo al cual se adscribe (Foucault, 1996).

Posteriormente, la tradición judeo-cristiana modifica progresivamente el significado de estas prácticas, dejando de lado el cuerpo y centrándose en el espíritu (Collière, 1993). Esta tradición de raíces religiosas se encuentra aún presente hoy en día por lo que respecta a algunas creencias de salud en relación a las prácticas de autocuidado.

En el siglo XX, específicamente en los años 70, desde las agrupaciones que defendían la autonomía, vuelve a tomar fuerza la noción de cuidado como una crítica a la biomedicina y a la medicalización de la vida cotidiana, los altos costos y la deshumanización de la atención. No obstante, en los años 80, la promoción de la salud y el autocuidado toman fuerza de nuevo, a través de algunas de las teorías y modelos de la enfermería, entre las que destacan la *Teoría general del déficit de autocuidado* de Dorothea Orem y el *Modelo de Promoción de la Salud* de Nola Pender. Orem (2001) desarrolla una teoría según la cual el ser humano debe tener capacidad para valorar la importancia del autocuidado en el mantenimiento de la salud. Además, debe elegir si desea autocuidarse y realizar acciones que contribuyan a su propio bienestar, el de los otros y de su entorno. El modelo de Pender (2011), por su parte, centra su interés en cómo se cuida la persona y si lleva un estilo de vida saludable (Muñoz, 2009). Estas teorías son descritas con mayor detalle en páginas posteriores de esta tesis.

Por lo que respecta a la situación actual, las prácticas de autocuidado han sido influenciadas por el enfoque biomédico, más centrado en curar la enfermedad que en promover la salud. El hecho de no presentar una mirada holística, debido a una separación entre lo físico y lo psicológico, ha provocado distintas formas de promocionar el cuidado, conceptualizándose en dos tipos de cuidados de naturaleza diferente: los de costumbre y los de curación. Los cuidados de costumbre, son aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida, representando aquellos cuidados cotidianos, de tipo psicosocial, necesarios para mantener la vida. Este tipo de cuidados se van aprendiendo y asumiendo por la persona mediante su interacción con los miembros de la sociedad a la que pertenece, a medida que va adquiriendo niveles de autonomía frente a la vida. Por el contrario, los cuidados de curación y terapéuticos, son aquellos relacionados con la necesidad de curar la enfermedad. Desde esta perspectiva, se suelen confundir aquellas actividades que pertenecen a la categoría de los cuidados (promoción) con las de tratamiento (prevención y curación), siendo utilizados ambos términos, tratar y cuidar, como sinónimos. De

esta manera, el término *cuidar* se refiere a todo aquello inherente a obtener la curación de la enfermedad (pruebas, administración y supervisión de tratamientos), dejando en un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para la promoción de la salud y el autocuidado (Uribe, 1999).

### **Taxonomía relacionada con el autocuidado y sus prácticas**

En el campo de la literatura científica, el autocuidado es un constructo complejo que no ha sido claramente conceptualizado. Existe una amplia terminología relacionada con el concepto de autocuidado en la atención de salud. Algunos de estos términos a menudo se superponen, como, por ejemplo, la autogestión, el autocontrol, el manejo de los síntomas y la autoeficacia (Ausili, Masotto, Ora, Salvini, & Mauro, 2014; Richard & Shea, 2011). La falta de un consenso taxonómico constituye una dificultad para unificar su conocimiento y comprensión, así como para evaluar su contribución a la mejora del bienestar y de la salud. A pesar de que todavía hay una cierta falta de consenso en el término, se ha encontrado un acuerdo acerca de cuatro características específicas del autocuidado: “depende de la situación específica y de la cultura; implica la capacidad para actuar y tomar decisiones; está influido por los conocimientos, habilidades, valores, motivación, locus de control y eficacia; y se centra en los aspectos del cuidado de la salud bajo control individual” (Gantz, 1990; Wilkinson & Whitehead, 2009). Según esto, la investigación en el autocuidado debe considerarse como una parte integral de la investigación en estilos de vida basada en dos elementos clave: el contexto y el significado para la persona más que su propia responsabilidad individual (Kickbusch, 1989).

## **TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO**

Durante mucho tiempo, las enfermeras han utilizado las ciencias médicas como el fundamento principal de la práctica de enfermería, sin poner de manifiesto la base de la enfermería (Orem, 1983). En el siglo XIX, los estudios de Florence Nightingale, considerada una pionera en la toma de decisiones clínicas basadas en pruebas, ayudaron a demostrar que las tasas de mortalidad podían reducirse con una mejora de las condiciones higiénicas y el entorno, así como de la formación de enfermeras (McDonald, 2001).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la enfermería comenzó su desarrollo como disciplina, mediante el desarrollo de teorías y modelos que permitieran generar su propia ciencia vinculada al ejercicio profesional como una forma de crear su *corpus* de conocimiento. La investigación en ciencias de la enfermería, mediante el desarrollo del conocimiento y la validación

de la práctica profesional, permite mejorar el autocuidado y promover la salud de la población. El valor profesional de la enfermera se incrementa utilizando el conocimiento teórico y el método científico a través de las pruebas disponibles para guiar su práctica profesional. Los modelos y teorías en enfermería están basados en un marco conceptual o filosófico más global denominado metaparadigma (Fawcett, 1984). El marco del desarrollo de la ciencia enfermera surge del consenso general de los siguientes cuatro conceptos:

**-Persona:** se refiere al receptor de los cuidados enfermeros y puede contemplar a un individuo, familia o comunidad.

**-Entorno:** hace referencia a todas las condiciones internas y externas que afectan a la persona.

**-Salud:** se refiere la percepción que tiene cada persona del grado de bienestar o enfermedad.

**-Rol profesional de enfermería:** hace referencia a las actividades que ejerce una enfermera cuando ofrece sus servicios.

De entre todas las teorías y modelos enfermeros relacionados con la promoción de la salud y las prácticas de autocuidado destacan la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem y el Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender.

### **Prácticas de autocuidado según la teoría de Dorothea Orem**

A partir de la consideración de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero, Orem (1993) concibe la persona como un organismo biológico, racional y pensante. Considera al hombre como un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza y sometido a sus fuerzas, lo que le hace cambiante. Como tal, está influenciado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a su entorno y a los demás, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Según Orem (1993), el *entorno* representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona y sobre su capacidad para llevar a cabo su autocuidado. La *salud* significa para Orem la integridad física, estructural y funcional; el desarrollo integrado del ser humano como unidad individual hacia niveles progresivamente mayores de integración. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Por último, el *rol profesional* de la enfermería, permite proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado.

Dorothea Orem conceptualizó su Teoría General del Déficit de Autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: la **Teoría del Autocuidado** (describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas), la **Teoría del Déficit de Autocuidado** (explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas); y la **Teoría de los Sistemas de Enfermería** (describe las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero).

Tomando como referencia para este trabajo la teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem (2001), se entiende por prácticas de autocuidado “las actividades que llevan a cabo las personas en determinadas situaciones con el propósito de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”. Estas prácticas han de integrarse en la vida, tanto de las personas sanas como de las enfermas, e incluyen un amplio abanico de acciones relacionadas con la higiene, la alimentación y los estilos de vida, así como con los factores ambientales y socioeconómicos, que se han transformado en parte de nuestra rutina de vida.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes. Los requisitos de autocuidado son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que el individuo requiere. Orem (1983) propone tres tipos de requisitos de autocuidado:

**1- Los requisitos de autocuidado universales.** Representan los tipos de acciones humanas que causan las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano y, que a su vez sostienen su desarrollo y madurez. Los ocho requisitos comunes a todo ser humano son: (1) el mantenimiento de un ingreso suficiente de aire; (2) el mantenimiento de una ingesta suficiente de agua; (3) el mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos; (4) la provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal; (5) el equilibrio entre actividades y descanso; (6) el equilibrio entre soledad y la comunicación social; (7) la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano; (8) la promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo con sus capacidades, el conocimiento de sus limitaciones y de su potencial.

Cuando se satisface el autocuidado de manera efectiva a través de los requisitos universales, se refuerza la salud positiva y el bienestar. Es por ello que los resultados de la satisfacción de cada uno de estos ocho requisitos contribuyen al bienestar y la salud de las personas (Orem, 1983)

**2- Los requisitos de desarrollo.** Son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal dirigidas hacia procesos de desarrollo, asociados a una etapa vital o bien requisitos derivados de una condición, como por ejemplo, el embarazo. Se dividen en dos tipos: la promoción de su proceso de desarrollo y la prevención de las situaciones que pueden afectarlo

negativamente. El primer tipo, hace referencia a las etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos como son: el embarazo, la vida intrauterina y el nacimiento, etapa neonatal, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta. En el segundo, se plantea la provisión de cuidados para prevenir, mitigar o superar los efectos negativos existentes en las condiciones que afectan el desarrollo humano, como pueden ser, entre otras, la deprivación educacional, problemas de adaptación social, pérdida de familiares o amigos, pérdida de la seguridad laboral o incapacidad.

**3- Los requisitos de desviación de salud.** Se producen cuando aparece una enfermedad o una lesión e incluyen entre otros aspectos, la adaptación a la enfermedad, la modificación del autoconcepto y la adherencia terapéutica.

Todos estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos es logrado en diferente grado, de acuerdo con los factores condicionantes básicos, que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona. Los factores condicionantes básicos que afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, según Orem (1993), son:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación socio-cultural
- Patrón de vida
- Factores del sistema de cuidados de salud
- Factores del sistema familiar
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Para satisfacer los requisitos de autocuidado, la persona debe adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y capacidad para desarrollar acciones dirigidas al cuidado de su propia salud. Esta capacidad del individuo de ser agente de su propio cuidado es lo que denomina Orem (1993) *agencia de autocuidado*, que implica un proceso de participación dinámico por parte de las personas en el cuidado de su propia salud, de manera que aquel que proporciona el cuidado es el agente de autocuidado. Este término *-agente-* se usa en el sentido de “persona que realiza la acción” (Uribe, 1999). En definitiva, se trata de un proceso mediante el cual la persona discierne sobre los factores que deben ser controlados o tratados para autorregularse, decide lo que puede y debería hacer con respecto a ésta regulación, valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para comprometerse y responsabilizarse en el cuidado de su propia salud.



La agencia de autocuidado la puede llevar a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado. El *agente de autocuidado* es uno mismo, ya que cada persona lleva a cabo autocuidados básicos, como bañarse, vestirse, comer, entre otros. Los niños cuando aprenden estas prácticas se están transformando en personas que se proporcionan sus propios cuidados, constituyéndose así en sus propios agentes de autocuidado. En cambio, en aquellas situaciones en las que el niño es dependiente de sus padres, o en el caso de personas socialmente dependientes en su cuidado, será necesario que otra persona madura cubra sus demandas de autocuidado, constituyendo lo que se denomina *agente de autocuidado dependiente*. Orem (2001) define agente de autocuidado dependiente como “ el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas”.

Según esta propuesta, todos tenemos la capacidad para cuidarnos, autocuidado que aprendemos a lo largo de nuestra vida, principalmente mediante el proceso de comunicación que se desarrolla en las relaciones interpersonales. Todas estas prácticas son mediadas por la voluntad, como actos deliberados y racionales que llega a constituir parte de nuestra rutina de vida. Por esta razón, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

### **Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender**

Nola J. Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud, propuso que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Pender se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Su modelo se inspira en dos constructos teóricos: la teoría de aprendizaje de Bandura (1986) y Worchel, Cooper, Goethals, & Olson (2002) y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982).

Pender (2011) define el concepto de Estilo de Vida como “un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud y en la actualización del potencial humano a través del comportamiento dirigido hacia la auto-atención competente, tomando en cuenta las relaciones satisfactorias con los demás, y los ajustes que se realizan para mantener la integridad física y la armonía con el ambiente, la salud y una vida en evolución”.

Se compone de cinco factores principales: (1) La alimentación: implica la selección, el conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar; (2) La actividad física: hace referencia a la participación regular en actividades que se realiza en la vida diaria o dentro de algún programa planificado; (3) La responsabilidad en salud: implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar y la educación de uno mismo respecto a su propia salud, así como, la búsqueda de información y de ayuda profesional en caso de considerarse necesario; (4) La autorrealización: la conciencia de capacidades para la toma de decisiones, reconocimiento de las habilidades que se poseen para el autocuidado y la actitud que se tiene para mejorarlas, además de la actualización sobre la información necesaria para el autocuidado de la salud; (5) Las relaciones sociales: la influencia de éstas en la motivación hacia las conductas de salud, así como la utilización de la comunicación para lograr una cercanía significativa (Pender, 2011; Sosa-Hernández, Barragán-Ledesma, Linares-Oliva, Estrada- Martínez, & Quintanar-Escorza, 2016).

Pender planteó que los factores *cognitivo-perceptuales* de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, en un proceso donde la cultura en la que las personas y los colectivos se desenvuelven tiene un importante papel. Esta cultura influye en las decisiones que se toman para modificar las conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. La toma de decisiones y la adopción de estilos de vida saludables están determinados por los conocimientos, la voluntad y las condiciones, constituyéndose los dos primeros como factores internos y el tercero como factor externo a la persona.

El modelo planteado por Pender plantea dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, que es la expresión de la acción dirigida a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Sakraida, 2008).

Según este modelo, los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida comprenden los factores *cognitivos-perceptuales*, entendidos como aquellas concepciones, creencias o ideas que tienen las personas sobre la salud y que las inducen a conductas o comportamientos determinados, relacionados con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Giraldo Osorio, Toro, Macias, Valencia, & Palacio, 2010; Reyes-Rodríguez, 2007). La modificación de estos factores y la motivación para realizar dichas conductas, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (Giraldo Osorio et al., 2010; Kickbusch, 1996). La salud es definida por Pender (2011) como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida (Villalbí, 2001). Asimismo, es necesario tener

en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente (Giraldo Osorio et al., 2010).

En relación a la dimensión de la participación de la persona en su cuidado, tanto Orem como Pender plantean que las enfermeras deben promover activamente la participación del individuo en su autocuidado y en la toma de decisiones (Sakraida, 2008; Taylor, 2008).

### **Otras teorías**

Otros autores, desde diversas disciplinas, también han intentado contribuir a la comprensión del constructo. Collière (1993) define el autocuidado como “el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios en cada persona o grupo. Para el autor, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí misma cuando adquiere autonomía, pero, a su vez, es un acto de reciprocidad que se proporciona a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda por no tener capacidad para asumir sus necesidades vitales.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr así el desarrollo humano. Por tanto, el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento, que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (Collière, 1993; Uribe, 1999).

Cabe destacar los aportes realizados por Haro (2000), desde las perspectivas médica y antropológica. El autor realiza un análisis sobre los tipos de prácticas de autocuidado. Por un lado, las de tipo informal o doméstico-familiar, como son: el cuidado personal, hábitos, rutinas, trabajo, descanso, actividades sociales, prevención, autotratamiento y la activación de redes familiares, sociales y organizaciones de atención y protección de la salud. Por otro lado, las prácticas de autoayuda a través de grupos formales, voluntariado, grupos de autoayuda u organizaciones no gubernamentales, que tienden a complementar, competir o cuestionar la atención médica profesional.

También desde la antropología se ha destacado la importancia de los determinantes sociales y su rol fundamental en las prácticas de cuidado. Estos determinantes se dividirían en estructurales (clase social, ingresos, educación, género y grupo étnico) e intermediarios (condiciones de vida,

laborales y sistema sanitario), siendo los primeros aquellos que generan estratificación social y los segundos, las barreras que impiden adoptar comportamientos (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas, & Campos-Navarro, 2011).

## **IMPACTO DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO**

### **Impacto en la salud**

#### *Salud, bienestar y calidad de vida*

La salud, el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se encuentran estrechamente relacionados con las prácticas de autocuidado. Algunos estudios han demostrado la existencia de una relación positiva entre las prácticas de autocuidado y la autopercepción de salud, bienestar y de calidad de vida (Formosa & Muscat, 2016; Heidarzadeh et al., 2010). El déficit de autocuidado influye en la calidad de vida de las personas y entraña graves repercusiones sanitarias y económicas para estas, sus familias y la sociedad en su conjunto (Teljeur et al., 2016). Un estudio llevado a cabo en escolares muestra que la CVRS percibida se relaciona positivamente con el nivel de actividad física, el sueño y una alimentación saludable; y negativamente, con el tiempo que pasan ante una pantalla (Chen et al., 2014). No obstante, es necesaria más investigación acerca de la CVRS en niños y adolescentes por medio de autoevaluaciones directas, es decir, a través de cuestionarios autoadministrados, especialmente en niños sanos (Rajmil et al., 2013).

Entre los cuestionarios de calidad de vida más conocidos en población infantil, con propiedades métricas más fiables y válidas se encuentra el KIDSCREEN (KIDSCREEN Group Europe, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2005) que evalúa la CVRS de los niños y adolescentes entre 8 a 18 años. Son numerosos los estudios que han evaluado sus propiedades métricas en diferentes contextos y países (Berman, Liu, Ullman, Jadbäck, & Engström, 2016; Pardo-Guijarro et al., 2015; Rajmil et al., 2013).

#### *Bienestar físico*

El bienestar físico ha sido evaluado ampliamente en la literatura, especialmente en lo que se refiere a los resultados positivos en salud asociados a una actividad física moderada-vigorosa (Annesi, Smith, Walsh, Mareno, & Smith, 2016; Duda et al., 2014; Ward, Duncan, Jarden, & Stewart, 2016) y a la actividad física al aire libre (Ward et al., 2016). Existen pruebas científicas sólidas sobre los beneficios de la actividad física sobre la salud de personas adultas con enfermedades crónicas (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión,...) (Bgeginski, Ribeiro, Mottola, & Ramos, 2017), así

como en niños y adolescentes con obesidad (Ruotsalainen, Kyngäs, Tammelin, & Kääriäinen, 2015). No obstante, son escasos los estudios realizados en personas sanas.

### *Bienestar psicológico*

El bienestar psicológico es un resultado de salud de interés en numerosos estudios, aunque estos suelen realizarse mayoritariamente en población adulta o con edad avanzada (Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum, 2005). En un estudio realizado recientemente (Annesi et al., 2016) en niños de 5 a 8 años, se observan diferencias significativas en relación al bienestar psicológico, tras una intervención de autocuidado después del colegio, basada en actividad física moderada-vigorosa y en un protocolo de alimentación. La literatura revisada muestra una disminución importante de la ansiedad en el grupo intervención a los seis meses de realizar un programa de actividad física moderada-vigorosa (Duda et al., 2014). Asimismo, el estudio de otras variables relacionadas con factores intrínsecos de la persona, como el optimismo y su efecto en el bienestar psicológico y en los hábitos de salud positivos, ha puesto de manifiesto que aquellas personas optimistas y con carácter positivo generalmente presentan mayores prácticas de autocuidado y una mayor adaptación al estrés que los pesimistas (Scheier & Carver, 1992).

## **Otros constructos y el autocuidado**

### *Locus de control interno*

La definición de locus de control fue establecida por Rotter (1966), considerando que cuando la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se considera que posee un *locus de control interno*, en contraposición al *locus de control externo*, propio de aquellos individuos con tendencia a atribuir las consecuencias de sus acciones a la acción de otras personas o al azar.

En la literatura revisada se muestra una relación positiva entre un locus interno y un mayor autocuidado, así como mejores resultados de salud (Mamykina, Miller, Mynatt, & Greenblatt, 2010). Según los resultados del estudio (Büyükkaya, Günüşen, Arda, & Koşar, 2016), el locus de control interno tiene efectos positivos en las actividades de autocuidado. En consecuencia, las actividades de capacitación y planificación para fomentar el locus interno de control pueden tener un efecto positivo para mejorar las prácticas de autocuidado.

### *Autoeficacia*

La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar los recursos de acción necesarios para gestionar las posibles situaciones (Bandura, 2000). En otras palabras, la autoeficacia es la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular. En la literatura revisada se muestra una relación positiva entre autoeficacia y autocuidado, así como resultados positivos en salud (McCusker et al., 2016).

### *Autonomía y relación con los padres*

La influencia de los patrones parentales y su impacto en las conductas y estilos de vida durante la infancia y adolescencia han sido objeto de numerosos estudios (Kwon, Janz, Letuchy, Burns, & Levy, 2016; Lo et al., 2015; Trost et al., 2003). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal (Brennan, Le Brocque, & Hammen, 2003) y una buena relación con al menos uno de los progenitores (Olswang, Coggins, & Timler, 2001).

En cuanto a los factores de riesgo en la salud de la población infantil derivados del tipo de familia (familias intactas en comparación con las familias con ruptura de los progenitores), se observa en un estudio (Martín et al., 2017) que los hijos de progenitores separados tienen aproximadamente el doble de probabilidades de desarrollar problemas de salud (gastrointestinales, genitourinarios, dermatológicos y neurológicos) que los de familias intactas. En este sentido, los resultados de otro estudio (Orgilés & Samper, 2011) que examinó el impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años, muestran una mayor calidad de vida percibida en hijos de padres casados que aquellos con padres divorciados. Los resultados de este estudio confirman la existencia de diferencias significativas en la calidad de vida en función de la estructura familiar, y muestran una relación entre la salud infantil percibida y la conflictividad entre los padres después del divorcio. Por ello, propone intervenciones para facilitar a los niños una mejor adaptación a la nueva situación familiar, favorecer la funcionalidad familiar y, de esta manera, mejorar su calidad de vida.

La funcionalidad familiar está constituida por un conjunto de atributos (adaptabilidad, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria) que caracterizan a la familia como sistema. En aquellos momentos de crisis familiares que se experimentan a lo largo del ciclo de la vida, la familia funcional realiza diversos ajustes ante los procesos de cambios, para facilitar y promover su adaptación. No obstante, es posible que si estos reajustes no llegan a realizarse, se provoquen alteraciones de su funcionamiento (Lazzeri et al., 2014). Por ello, la funcionalidad familiar es muy importante y afecta significativamente a las conductas de niños y adolescentes. Los resultados del estudio realizado por Alonso-Castillo, Yañez-Lozano, & Armendáriz-García (2017) muestran una relación negativa y significativa entre la funcionalidad familiar y la dependencia al alcohol ( $r=-0,204$ ,

$p < 0,05$ ). En otros estudios (Obradors-Rial, Ariza, & Muntaner, 2014; Ohannessian, Flannery, Simpson, & Russell, 2016; Ruiz & Medina-Mora, 2014) se observa que la funcionalidad familiar alterada puede ser un determinante crucial para el inicio y el mantenimiento del consumo de alcohol en esta etapa de la vida. En este sentido, la funcionalidad familiar alterada rompe con la función socializadora de la familia hacia los hijos, principalmente en la adolescencia, siendo esta una etapa de transición y de exposición al riesgo, caracterizada por la búsqueda de experimentación de nuevas conductas, sensaciones y emociones, constituyendo, por ello, la población más vulnerable para iniciarse en el consumo de alcohol y tabaco, en un intento de imitar conductas que son percibidas como una forma de adaptarse a la sociedad (Alonso-Castillo et al., 2017; Villarreal, Sanchez, & Musitu, 2013).

La relación entre el estilo de vida y el uso de sustancias adictivas se observa en numerosos estudios (Miklánková, Klimešová, & Rehtik, 2014; Sibley et al., 2014; Sussman, 2012). La causa principal de este problema no es la existencia de sustancias adictivas, sino la actitud hacia ellas (Miklánková et al., 2014). El consumo de alcohol en niños y adolescentes está infravalorado y conviene señalar que su consumo se inicia cada vez a edades más tempranas (Villarreal et al., 2013).

#### *Apoyo social*

A partir del análisis de la literatura que evalúa el efecto positivo del apoyo social (familia, amigos, vecinos,...) en las prácticas de autocuidado, conductas y en resultados de salud (Donnelly & Springer, 2015; Quaresma, Palmeira, Martins, Minderico, & Sardinha, 2014), se detecta la necesidad de un incremento de los esfuerzos protectores ante la mayor exposición de los jóvenes a factores de riesgo. Los aspectos involucrados en el alto riesgo de los jóvenes y adolescentes son múltiples y en ellos interactúan los procesos propios del sujeto y sus factores predisponentes, el medio ambiente familiar y social, participando en este último los aspectos relacionados con la escuela, los económicos, políticos, culturales y religiosos, entre otros (Werner & Smith, 1982).

Cabe destacar el factor protector del apoyo social sobre el fenómeno del acoso escolar, ya que, en ocasiones, el resto de compañeros pueden permanecer como testigos pasivos, silenciosos o cómplices. En este sentido, los padres y cuidadores pueden contribuir a evitarlo adoptando prácticas de autocuidado, basadas en valores y actitudes de respeto, empatía, solidaridad, justicia, compasión, colaboración y cooperación, desde las edades más tempranas. Aunque se han realizado trabajos sobre el efecto de intervenciones o programas escolares para la reducción del acoso escolar, la inclusión de medidas de mejora del ambiente escolar hacia la violencia no ha sido todavía objeto de estudio (Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Zaragoza, Pérez-García, & Llor-Esteban, 2016). No solamente es necesario investigar acerca de las intervenciones que mejoren el acoso escolar sino

también en aquellas que mejoren el bienestar físico y psicológico del niño o de la niña que sufre acoso escolar (Juvonen, Schacter, Sainio, & Salmivalli, 2016).

#### *Ambiente escolar*

Los niños sanos logran mejores resultados educativos que, a su vez, se asocian con una vida más saludable en la edad adulta (Langford et al., 2015). La escuela constituye, más allá de la familia, un factor protector que aparece en el ambiente social. A partir de esta idea, se ha señalado la importancia de reforzar la función de la escuela como promotora de salud en la niñez y en la adolescencia (N. Henderson & Milstein, 2003).

En el marco de la promoción de la salud en las escuelas cabe destacar un metaanálisis (Langford et al., 2015) que encuentra efectos positivos en relación con el: índice de masa corporal (IMC), la actividad física, la aptitud física, la ingesta de frutas y hortalizas, el consumo de tabaco, y en la violencia o acoso escolar por otros compañeros y compañeras. A pesar de que los efectos de las intervenciones son pequeños, éstos fueron, en todos los casos positivos. Algunos de estos efectos fueron la disminución del absentismo escolar así como mayor motivación y rendimiento académico. Mediante la promoción de la salud en las escuelas se pretende mejorar la salud y el bienestar de los escolares y su rendimiento académico, teniendo en cuenta el *currículum* escolar y el ambiente escolar, así como la familia y la comunidad.

## **SITUACIÓN ACTUAL DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

### **Situación económica y laboral**

En el contexto actual de crisis social, económica y global que afecta a las personas y potencia las desigualdades en salud, es más necesaria que nunca una revisión del enfoque y la organización de la atención sanitaria (Blue, Shove, Carmona, & Kelly, 2016). Se podría considerar la promoción del autocuidado y de la salud como uno de los ejes fundamentales no únicamente de los servicios sanitarios, sino también de la sociedad en general.

Los recursos sociales y económicos configuran los aspectos fundamentales del entorno familiar. Estos recursos sociales comprenden las actitudes y la educación parentales, las prácticas y los enfoques culturales, las relaciones intrafamiliares y el estado de salud de los miembros. Por otro lado, la situación socioeconómica de la familia está también relacionada con la capacidad para proveer otros recursos, tales como atención sanitaria y cuidado infantil de calidad elevada, que inciden profundamente en el desarrollo saludable (Krawinkel, 2011).



La asociación entre la situación socioeconómica y un conjunto de resultados en materia de salud y desarrollo a lo largo del ciclo vital es tan intensa que ha llegado a catalogarse como un “efecto gradiente”, que constituye la explicación más fundamentada en cuanto a las diferencias en bienestar infantil que se manifiestan dentro de las sociedades. En general, aquellos niños de familias con ingresos más bajos y nivel educativo inferior, tienen una mayor probabilidad de convertirse en obesos que aquellos pertenecientes a entornos con mayor poder adquisitivo y nivel educativo, donde suele haber más conciencia del problema y mayor acceso a comida saludable y a ejercicio físico (Borrell, 2006).

Las pruebas científicas disponibles muestran la influencia de los hábitos alimentarios en la población inmigrante recién llegada, que reproduce los hábitos de su lugar de procedencia, antes de que se produzca la influencia cultural del país de acogida y la pérdida de su propia identidad cultural en alimentación (Miguel-Gil et al., 2012; Thacher, Fischer, Strand, & Pettifor, 2006). Asimismo, se observan altos porcentajes de prácticas de autocuidado en la alimentación no saludables, lo que puede suponer un riesgo para la salud infantil (Gordon-Larsen, Harris, Ward, & Popkin, 2003; Thacher et al., 2006).

En este mismo contexto, se aprecia que los factores organizativos y políticos (falta de conciliación familiar/laboral), las características del sistema de salud (presión asistencial, poco tiempo por visita, escasez de recursos para el apoyo) y el cambio social (incorporación de la mujer al mundo laboral, el incremento de las familias mono-parentales, el ritmo de vida y la falta de tiempo) podrían influir e impedir la adopción de prácticas de autocuidado en la población infantil (Bergström, Fransson, Hjern, Köhler, & Wallby, 2014; F. Campbell et al., 2014; M. Campbell, Thomson, Fenton, & Gibson, 2015; Frank, 2012).

### **Núcleo familiar: familia tradicional y otras realidades**

La infancia es el período más importante del desarrollo humano, tanto en su aspecto físico como emocional. Es en este período cuando se producen los aprendizajes básicos necesarios para la maduración y se establecen las bases imprescindibles para una óptima relación con el mundo. La primera línea del autocuidado en salud está en casa. La familia es el más conocido factor protector de las prácticas de autocuidado en la población infantil. La actitud de los padres en el aprendizaje de los hábitos alimentarios es esencial para su correcto desarrollo. En la actualidad, la población adulta es el ejemplo a seguir por la población infantil y adolescente, de manera que, con frecuencia, se tienden a repetir los modelos observados e interiorizados en el entorno familiar.

Diversos autores han señalado la influencia que tiene el núcleo familiar desestructurado (familias monoparentales, custodia compartida,...) en el bienestar de la población infantil y las

dificultades que ésta presenta en su vida diaria para la adopción de prácticas de autocuidado (Bergström et al., 2014; Berman et al., 2016).

### **Clima en las comidas**

También se ha indicado la importancia del clima o ambiente durante las comidas, recomendando que se realicen, a ser posible en compañía, evitando el uso de tecnologías y televisión. Se trata de aprovechar este momento para tomar conciencia del sabor, olor y textura de los alimentos, disfrutar en familia e incorporar prácticas de autocuidado. No obstante, a pesar de su importancia, son escasas las intervenciones educativas en este ámbito, así como la evaluación de su impacto en el bienestar psicológico, físico y otros resultados de salud, siendo necesario profundizar en la investigación de estos aspectos (Le Bigot, 2001).

### **Cambios en los patrones alimentarios (comida basura, bebidas con caféina,..)**

En los últimos años se ha observado un déficit de prácticas de autocuidado en la infancia y adolescencia, especialmente en las relacionadas con la alimentación y la actividad física. El cambio en los patrones alimentarios y el aumento del sedentarismo en la población infantil y adolescente está contribuyendo al aumento de la obesidad y el sobrepeso en este grupo poblacional en todo el mundo (Karnik & Kanekar, 2012; Monasta et al., 2010).

En España, el cambio de los patrones alimentarios se produjo, principalmente, a partir de los años 50, debido a la introducción de nuevas redes de mercados alimentarios, aunque con notables diferencias según la zona geográfica y el nivel socioeconómico. También se produjeron cambios importantes en cuanto al horario, ambiente y clima de la comida en el hogar. Las nuevas necesidades planteadas por los cambios sociales y organizacionales provocaron una menor dedicación en la elaboración de los platos y una mayor utilización de alimentos precocinados y congelados, así como alimentos e ingredientes de menor calidad nutricional. Estos cambios comportan un aumento progresivo del consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares simples y la reducción del consumo de frutas y verduras. Paralelamente, se produce un importante incremento de los servicios de hostelería (bares, restaurantes y comida rápida), así como de la publicidad de alimentos no saludables y con azúcar oculto, por parte de la industria alimentaria (Ríos, 2009).

Los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos (Johnson et al., 2014) muestran que las proporciones o cantidades de comida que los padres se sirven a ellos mismos están significativamente asociadas con las cantidades que sirven a sus hijos ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ). Los resultados también indican asociación con el país de origen (padres afroamericanos más cantidad que hispanicos) y la situación laboral, los padres en activo se sirven más cantidad a ellos y a sus hijos que los que se encuentran en desempleo. Asimismo, en este estudio se observa una fuerte

asociación entre las proporciones ofrecidas por sus cuidadores y las cantidades consumidas por los niños. Por otro lado, no solamente las conductas, estilos e impulsividad parental influyen en las conductas de los niños y de las niñas sino también en su IMC (Sleddens, Ten Hoor, Kok, & Kremers, 2016). Mejorar las competencias de los padres y otros cuidadores en el patrón alimentario (proporciones o cantidades adecuadas en las comidas) podría ser útil para la promoción de la salud y las prácticas de autocuidado de los niños.

### **Sedentarismo y pantallas**

La investigación disponible muestra una asociación entre un mayor número de pantallas (media de 2-3 pantallas, por ejemplo, televisión, ordenador, consola,...) en el dormitorio con una adiposidad significativamente mayor y una menor eficiencia del sueño (Chaput et al., 2014).

Las prácticas parentales no restrictivas de televisión se asociaron con un mayor tiempo de sedentarismo infantil ( $P<0,05$ ) y una actividad física moderada a vigorosa ( $P\leq 0,01$ ). Las prácticas parentales de apoyo logístico de la actividad física se asociaron con una actividad física moderada-vigorosa mayor del niño ( $P<0,05$ ). El aumento de la disponibilidad de equipos de pantallas en el dormitorio del niño se asoció con un aumento del sedentarismo ( $P<0,05$ ) y menor actividad física ( $P<0,01$ ) y actividad física moderada-vigorosa ( $P\leq 0,05$ ) (O'Connor, Chen, Baranowski, Thompson, & Baranowski, 2013). Cabe destacar que la seguridad del vecindario percibida por los padres y los niños, podría reforzar la actividad física en espacios abiertos para promover el peso saludable y los comportamientos relacionados con el peso de los niños, habiéndose estimado un incremento del 10% de actividad física en los niños con padres que autopercebieron una mayor seguridad en su vecindario (Côté-Lussier, Mathieu, & Barnett, 2015).

## **IMPORTANCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN: LA POBLACIÓN INFANTIL, FAMILIA, ESCUELA Y EN LA SOCIEDAD**

La infancia es el período más importante del desarrollo humano tanto físico como emocional. En este sentido, los estudios disponibles muestran que la adopción de prácticas de autocuidado en esta etapa es fundamental para el mantenimiento de la salud y para llegar, así, a una vida adulta y una vejez más activas y saludables (F. Campbell et al., 2014; Frank, 2012; Oxley, 2009; Peel et al., 2005). Estas prácticas de autocuidado en la población infantil son compartidas por la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad.

### **Prácticas de autocuidado: la población infantil**

La literatura revisada muestra que la etapa de 0 a 6 años corresponde al desarrollo cognitivo (sensomotor, pensamiento simbólico, pensamiento intuitivo y preoperacional). No obstante, es entre los 8 y los 12 años, cuando el niño se hace capaz de mostrar el pensamiento lógico y realizar operaciones intelectuales concretas (Piaget & Inhelder, 1997). Esta es la etapa donde las prácticas de autocuidado realizadas por imitación, repetición o impuestas por el exterior se hacen conscientes e integradas con el apoyo de los agentes de autocuidado dependientes (Orem, 2001).

### **Prácticas de autocuidado: el ámbito familiar**

Las prácticas de autocuidado comienzan en el hogar. De esta forma, las prácticas de autocuidado que se desarrollan en la familia condicionan el aprendizaje, bienestar y prácticas del niño o de la niña, debido a que esta etapa se caracteriza por la imitación de hábitos de su entorno familiar más próximo.

En algunas culturas, son comunes los hogares multigeneracionales y de familia extensa, donde otros cuidadores desempeñan un papel importante en las prácticas de autocuidado de los niños y de la niñas (Valdes, 1996). Henderson & Mapp (2002) reconocen que todos los miembros de la familia (hermanos, abuelos, tías, tíos y otros cuidadores, que pueden ser amigos o vecinos...) contribuyen de manera significativa en el desarrollo, adopción y aprendizaje de las prácticas de autocuidado de los niños y de la niñas. No obstante, los modelos tradicionales de participación de los padres no incorporan a otros miembros importantes de la familia (Halgunseth, Peterson, Stark, & Moodie, 2009; A. Henderson & Mapp, 2002).

Hay que tener en cuenta que la familia dispone de sus propios recursos, que es necesario potenciar, para crear un entorno favorable y saludable para estas prácticas. Por otro lado, la participación de la familia y, en especial, su compromiso con la escuela y la comunidad, es esencial para mejorar el aprendizaje de los niños y el bienestar de la familia (Halgunseth et al., 2009).

## Prácticas de autocuidado: el ámbito escolar

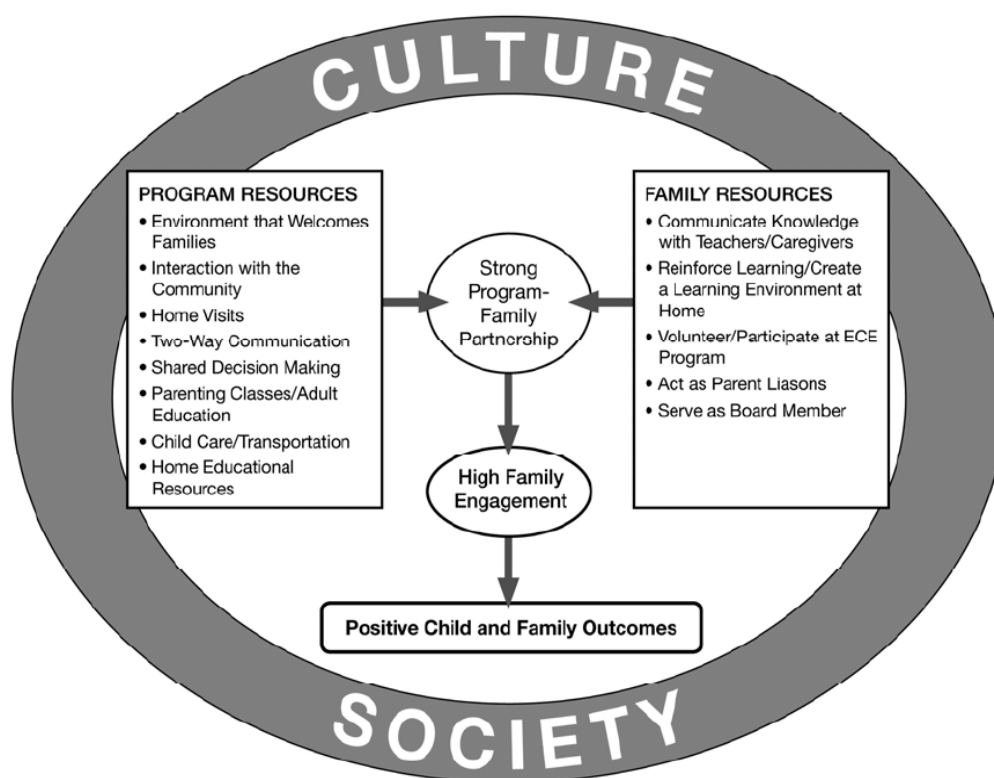
Algunos estudios han identificado relaciones positivas entre la participación de los padres en las actividades escolares y los resultados de salud en la población infantil (Mantzicopoulos, 2003; McWayne, Hampton, Fantuzzo, Cohen, & Sekino, 2004). En la literatura de participación familiar se observan fuertes asociaciones entre las familias y las intervenciones o programas de educación en la infancia. Las conexiones positivas entre la familia y estas intervenciones se han relacionado con una mayor motivación académica y promoción de habilidades socioemocionales en todos los niños, incluyendo aquellos de diversos orígenes étnicos y socioeconómicos (Christenson, 2000; McWayne et al., 2004).

Se ha planteado la necesidad de un nuevo enfoque con respecto al paradigma tradicional de participación de los padres. En este sentido, Souto-Manning & Swick (2006) y Crawford & Zygouris-Coe (2006) sugieren que “el paradigma tradicional de participación de los padres se centra en las deficiencias de los padres y se esfuerza por adaptarlos a los métodos aplicados por las escuelas”. De acuerdo con esta idea, la responsabilidad de la participación se coloca en los padres y se sugiere que éstos necesitan participar en las prácticas definidas por la escuela como *voluntariado en el aula* (Crawford & Zygouris-Coe, 2006; Halgunseth et al., 2009; Souto-Manning & Swick, 2006).

La literatura disponible muestra una evolución del concepto de participación familiar en las escuelas hacia un compromiso familiar, es decir, enfatiza su compromiso más que su participación. Además, el concepto de participación familiar se refiere a todos los miembros de la familia (no solamente a los padres) y hace hincapié en la importancia de la relación recíproca entre las familias y las escuelas (Halgunseth et al., 2009). En este sentido, se reconoce que existen diversas necesidades y expectativas entre las familias y los educadores y que aquello que puede ser significativo en la vida de un niño puede no serlo para otro. En estos casos, el modelo exige que las familias y los educadores trabajen juntos, desarrollen metas y establezcan las mejores prácticas posibles que sean aceptadas y apropiadas para ambas partes (Epstein, 2001).

El modelo de intercambio social se basa en dos conceptos clave en el coste-beneficio y la confianza para el compromiso familiar (Halgunseth et al., 2009), como puede verse en la figura 1.

Figura 1. Modelo de intercambio social del compromiso familiar (Halgunseth et al. 2009)



### Prácticas de autocuidado: la comunidad

La comunidad también se encuentra implicada en las prácticas de autocuidado de la población infantil. En este sentido, es necesario involucrar, tanto a las familias autóctonas como aquellas de otras culturas, con presencia o no de barreras lingüísticas, y esforzarse por conocer los diferentes antecedentes culturales y lingüísticos, y cooperar en la mejora del bienestar de la población infantil. Para conseguirlo, es imprescindible reflexionar y trabajar sobre los prejuicios, incluso aquellos inconscientes, de los diferentes agentes de cuidado, ya que podrían dificultar la adherencia a intervenciones educativas de compromiso familiar y desalentar a algunas familias a participar (Ferguson, Ramos, Rudo, & Wood, 2008; Sanders, 2008). Se han observado cambios en las creencias negativas de los maestros sobre las familias latinas y otras familias inmigrantes, después de, mantener contacto directo y compartir experiencias con estas familias en sus comunidades (Ferguson et al., 2008). Además de modificar los prejuicios existentes, la celebración de reuniones de programas familiares y escolares, en lugares neutros o no amenazantes de la comunidad, permite a las familias sentirse más cómodas y aumentar su asistencia. A este respecto, para fomentar la participación de las familias, se propone disminuir el número de barreras y el coste-beneficio percibido por los miembros de la familia, proporcionándoles incentivos, recursos de transporte y espacios para el cuidado de los niños durante su asistencia (Quiocho & Daoud, 2006).

### **Prácticas de autocuidado: la sociedad**

El apoyo adecuado de las prácticas de autocuidado tiene un impacto positivo en la persona, en el sistema de salud y en el conjunto de la sociedad, contribuyendo a mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción, la percepción de bienestar y la calidad de vida de la persona para lograr una vida adulta y una vejez más activas y saludables (Campbell et al., 2014; Frank, 2012; Oxley, 2009; Peel et al., 2005). En este sentido, la adopción de prácticas de autocuidado adecuadas puede mejorar la utilización de los recursos y servicios disponibles en el sistema sanitario y disminuir la necesidad de una atención sanitaria más costosa (Brock et al., 2005).

## **RELEVANCIA DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PARA LA ENFERMERÍA**

La enfermería tiene como base el cuidado desde sus orígenes históricos y su evolución como ciencia. Según Orem (2001), las ciencias del autocuidado, están incluidas en las ciencias básicas de la enfermería; por lo que el autocuidado es un objetivo primordial de la práctica enfermera y su nivel un resultado estrechamente relacionado con la misma (Moorhead et al., 2013).

### **Facilitadores**

La enfermera, al convivir en la comunidad, con las personas y su familia, conoce el entorno donde se desenvuelve día a día y tiene la oportunidad de promocionar prácticas de autocuidado a lo largo de su vida. En este sentido, la enfermera, a través de la interacción tiene la capacidad de detectar las influencias positivas y negativas que intervienen en la persona, la familia y la comunidad. Conviene subrayar además, el deber ético de la enfermería de ser consciente y percibir los innumerables factores que pueden afectar a la capacidad de la persona para adoptar con éxito prácticas adecuadas de autocuidado (Wilkinson & Whitehead, 2009). Es por ello que su visión holística le permite abordar aquellos factores que afectan a esta capacidad para cambiar la conducta, influenciada por conocimientos, habilidades, valores, motivación, locus de control, empoderamiento, eficacia y competencia (Kempainen, Tossavainen, & Turunen, 2013).

### **Barreras**

La enfermería se encuentra con diversas barreras en su día a día para abordar este déficit de prácticas de autocuidado, entre las que puede citarse la sobrecarga de trabajo o la falta de tiempo o de formación. A estas dificultades se suman la falta de fundamentación teórica y de habilidades en entrevista motivacional, para favorecerlas y para el asesoramiento en estilos de vida. Por otra parte, el aumento considerable de información disponible en la red y en los medios (no siempre basados en pruebas científicas), no resultan facilitadores para promover estas prácticas, como tampoco las creencias de salud no saludables arraigadas en nuestra cultura.

### **Enfermería real**

Muchos de los modelos de autocuidado y promoción de la salud ya expuestos anteriormente, son propios de la enfermería. Sin embargo, el enfoque biomédico sigue siendo el hegemónico en las estructuras y en las organizaciones sanitarias y también en la sociedad actual. En consecuencia, la enfermería ha estado y sigue estando fuertemente influenciada por esta visión biomédica de la



salud, orientada a la ausencia de enfermedad. Esta influencia es tal, que incluso algunas enfermeras otorgan más valor a los modelos biomédicos que a los propios de su disciplina (Fawcett, 2017).

Por tanto, para promover una atención enfermera salutogénica es necesario que los sistemas sanitarios le den el valor que merece y aseguren los recursos y estructuras necesarias para su desarrollo (Kempainen et al., 2013). La promoción de la salud, además de lo personal y lo conductual, ha de considerar cinco factores: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud (Barrios & Paravic, 2006).

### **Enfermería potencial**

El propósito central de la enfermería es “generar, probar, difundir y aplicar el conocimiento específico de la disciplina enfermera en el abordaje de la salud de las personas en el contexto de sus entornos” (Fawcett, 2017). Es esta orientación holística de la enfermería hacia la salud la que hace que la enfermera sea el profesional apropiado para la implementación de la promoción de la salud y prácticas de autocuidado tanto a nivel de la persona, como de las familias y las comunidades (Kempainen et al., 2013)

Su papel es acompañar, apoyar, motivar, educar y asesorar a las personas en la adopción de prácticas de autocuidado y estilos de vida adecuados. Es fundamental que la enfermera identifique aquellas habilidades y recursos de los que dispone la persona, su familia y su entorno, y proporcione el apoyo adecuado para salvar las dificultades y barreras que se les planteen. Tanto Orem como Pender, plantean que la enfermera debe promover activamente la participación de la persona en sus prácticas de autocuidado y en la toma de decisiones sobre su salud (Muñoz, 2009).

### **Estrategias para la implementación de prácticas de autocuidado**

Para llevar a cabo la implementación de prácticas de autocuidado es imprescindible que la atención enfermera integre la comprensión de los factores sociales, económicos y personales, que contribuyen a que una persona o un conjunto de personas lleven o no a cabo unas prácticas de autocuidado a un nivel óptimo (Wilkinson & Whitehead, 2009). Esta atención centrada en la persona ha de perseguir dos efectos: la automotivación y el empoderamiento. Por otra parte, hay que evitar el sentimiento de frustración que puede sentir la enfermera cuando las personas no siguen sus recomendaciones de autocuidado (Anderson & Funnell, 2005). No se trata de que la enfermera tome la responsabilidad de solventar los problemas de las personas sino de que se “sienta responsable de que los pacientes se sientan responsables de ellos mismos” (Wilkinson &

Whitehead, 2009). Para asumir esta responsabilidad se requieren conocimientos, actitudes y habilidades, así como un contexto organizativo e institucional favorable.

Para que las personas adopten las prácticas de autocuidado salvando las dificultades y las barreras que surjan y además trasladen estas prácticas a su entorno más próximo (familia, vecinos, amigos...), es básico, según Pender (2011), que la atención enfermera se dirija a:

- a. aumentar la autoeficacia percibida de las personas para llevar a cabo las prácticas de autocuidado.
- b. contextualizar estas prácticas de acuerdo con las características personales (género, etnia, edad, nivel socioeconómico,...), ya que cada persona tiene una biografía, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- c. identificar aquellas habilidades y recursos que dispone la persona, su familia y su entorno.
- d. conocer e integrar las influencias interpersonales teniendo en cuenta las conductas, creencias y actitudes de su entorno más próximo (familia, pareja, amigos, padres,...).
- e. contribuir a una mayor percepción de los beneficios que puede aportar la adopción de estas prácticas.

Por otro lado, la investigación sobre el autocuidado, como es el caso de muchas actividades relativas a la práctica enfermera, está poco desarrollada, es poco visible y, por tanto, con escasa relevancia para la consideración de las organizaciones y de las políticas sanitarias. Sería primordial que las enfermeras contribuyan mediante la investigación a generar conocimiento acerca de este constructo, los factores que lo condicionan, la efectividad de las intervenciones enfermeras dirigidas a promoverlo y el desarrollo y validación de instrumentos de evaluación.

En la actualidad, la promoción de conductas saludables (abandono del consumo de tabaco, aumento de la actividad física, alimentación saludable,...) tiene plena vigencia, dado el gran impacto positivo que tiene su adopción en la salud de la población y en los sistemas sanitarios. Lograr que las personas cambien su estilo de vida por otro más saludable no es una tarea fácil, de manera que es fundamental el abordaje de este cambio mediante una orientación teórica. En este sentido, las teorías y modelos enfermeros juegan un importante papel y su utilización no solo puede contribuir a mejorar la efectividad de las intervenciones enfermeras, sino también a dar validez y solidez a estas teorías y así mejorar su relevancia para la práctica enfermera (Barrios & Paravic, 2006).

El autocuidado es un elemento clave en la promoción de la salud y su nivel e intensidad son aspectos ligados a la práctica enfermera. Por esa razón, es importante otorgarle el valor que tiene como generador de salud y como medida de resultado del efecto de la atención enfermera. Las

enfermeras deben considerar la promoción del autocuidado como una intervención fundamental de su práctica profesional y como una oportunidad para hacer visible el valor de la disciplina enfermera. No obstante, para llevar a cabo con éxito esta función, es necesario aumentar las competencias de las enfermeras en el campo de la promoción de la salud y contar con estructuras, recursos y políticas sanitarias que la apoyen.

## **PARTE II. REVISIÓN SISTEMÁTICA**



## INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL DESARROLLO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Las ciencias del autocuidado están incluidas en las ciencias básicas de enfermería; por lo tanto, el autocuidado es un objetivo esencial de la práctica enfermera y su nivel es un resultado sensible a la atención enfermera (Doran et al., 2002; Moorhead et al., 2013; Richard & Shea, 2011). Por esta razón, la evaluación del nivel de autocuidado es esencial para planificar las intervenciones de enfermería dirigidas a su promoción, así como para medir la contribución de la enfermería a los resultados de salud.

Varias revisiones sistemáticas han evaluado las propiedades de medida de los instrumentos de evaluación del autocuidado (Ausili et al., 2014; Cameron et al., 2009; Caro-Bautista, Martín-Santos, & Morales-Asencio, 2014; Han, Song, Nguyen, & Kim, 2014; Ireland et al., 2014; Lu, Xu, Zhao, & Han, 2016). Sin embargo, estas revisiones sistemáticas sintetizan instrumentos diseñados para personas con una condición de salud específica como la diabetes, insuficiencia cardíaca, hipertensión u osteocondrodisplasia, y para condiciones crónicas en general. Se ha publicado recientemente una revisión sistemática acerca de propiedades de medida de instrumentos para evaluar el autocuidado en adultos sanos (Matarese, M; Lommi, M; De Marinis, 2016). No obstante, según nuestro conocimiento, ninguna revisión sistemática ha resumido y evaluado instrumentos validados para su utilización en niños sanos, población en la que es esencial adoptar prácticas de autocuidado, precozmente, antes de que aparezcan enfermedades.

Por otra parte, se dispone de una nueva herramienta para evaluar las propiedades de medida de los instrumentos: *the COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) checklist* (Terwee et al., 2012). Esta herramienta permite una evaluación estandarizada de la calidad metodológica de los estudios de validación centrada en las propiedades métricas de los instrumentos.

Medidas inadecuadas podrían contribuir a esta falta de visibilidad y conocimiento de la enfermería. Por esta razón, es esencial disponer de instrumentos fiables y válidos. La presente revisión ofrece una perspectiva general a partir de la cual llevar a cabo nuevos estudios sobre las pruebas métricas de los instrumentos desarrollados para medir el autocuidado en niños sanos. Además, sus resultados pueden ayudar a los investigadores a tomar la decisión de diseñar un nuevo instrumento (Streiner & Kottner, 2014).

Teniendo en cuenta que evaluar el autocuidado es esencial para planificar intervenciones de enfermería que lo promuevan, esta revisión sistemática tuvo como objetivo identificar, evaluar

críticamente y resumir la calidad de las propiedades métricas de los instrumentos para evaluar el autocuidado en niños sanos.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de acuerdo con las directrices *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis* (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Prisma Group, 2009). El protocolo de la revisión está disponible en *the International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) con el número de registro CRD42015016877.

### **Criterio de elegibilidad**

Se seleccionaron estudios publicados y documentos de la literatura gris (tesis, informes, presentaciones en congresos...) en cualquier idioma de acuerdo con los siguientes criterios.

#### *Tipo de estudios*

Se incluyeron estudios de validación de las propiedades métricas de instrumentos. No fueron considerados los estudios que utilizaron un instrumento sin informar de alguna de estas propiedades.

#### *Tipo de participantes*

La población de estudio consistió en niños sanos de 2 a 12 años de edad, sus padres u otros cuidadores. Se excluyeron los estudios que incluyeron a niños diagnosticados de un problema de salud crónico (asma, diabetes, cáncer, parálisis cerebral, espina bífida, epilepsia, etc.). La presencia de problemas agudos de salud (de menos de tres meses) no se consideraron un criterio de exclusión.

#### *Tipo de resultados*

Los resultados analizados fueron las propiedades métricas de los instrumentos diseñados para medir las prácticas de autocuidado (actividades) o la agencia de autocuidado (capacidad de autocuidado por medio de conocimientos, habilidades, actitudes, pensamientos, creencias y valores).

### **Fuentes de información**

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y completa en MEDLINE (vía PubMed), CINAHL (vía EBSCO), PsycINFO, Web of Science (WoS) y Open Grey. Entre todas las bases de datos existentes, algunas de ellas de gran magnitud y relevancia como por ejemplo Scopus, se

escogieron estas cinco fuentes de información por los siguientes motivos: CINAHL y PsycINFO, por su relación con el tema de la revisión sistemática; WoS, para identificar estudios publicados en revistas con factor de impacto; MEDLINE, por su magnitud y por se la fuente bibliográfica recomendada en el *Cochrane Handbook for Systematic Reviews* (Higgins & Green, 2001) y Open Grey, para identificar literatura gris.

Las bases de datos fueron consultadas desde su inicio hasta diciembre de 2016, sin límite con respecto al idioma original de publicación. Se revisaron las listas de referencias de las publicaciones incluidas para identificar otros estudios que no hubieran podido ser identificados en la búsqueda inicial. Se utilizaron bases de datos especiales de seguimiento de citas (Google Scholar y WoS) para identificar artículos adicionales, y, cuando fue necesario, se estableció contacto con los autores de los estudio para obtener datos adicionales.

### **Estrategia de búsqueda**

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para buscar en todas las bases de datos: self care; self-care; child\*; pediatric\*; paediatric\* y kid\*. La estrategia de búsqueda combinó términos de búsqueda en lenguaje controlado y texto libre así como un filtro validado para identificar estudios sobre propiedades métricas de instrumentos (Terwee et al., 2009). Este filtro tiene una sensibilidad del 97,4% y una especificidad del 75,0%. La estrategia de búsqueda fue adaptada a cada base de datos. La estrategia de búsqueda en MEDLINE (vía PubMed), se describe en la Tabla 1.

**Tabla 1. Estrategia de búsqueda en MEDLINE (vía PubMed)**

1. "Self Care"[MH]
2. "self care" OR "self-care"
3. #1 OR #2
4. "Child, Preschool"[MH] OR "Child"[MH] OR "Pediatrics"[MH]
5. child* OR kid OR kids OR pediatric* OR paediatric*
6. #4 OR #5
7. "Filter for measurement properties" by Terwee et al (2009).
8. #3 AND #6 AND #7

### **Selección de los estudios**

Las referencias recuperadas se incorporaron a un programa de gestión documental y se eliminaron las duplicadas. Dos revisores seleccionaron de forma independiente los títulos y resúmenes de todas las referencias recuperadas en función de los criterios de elegibilidad; asimismo, se excluyeron aquellas referencias que claramente no cumplían ninguno de estos criterios. Se obtuvo el texto completo de todos los estudios potencialmente elegibles. Se trabajó de forma independiente y por pares, cuatro revisores examinaron el texto completo de los estudios, resolviendo las diferencias mediante discusión hasta que se llegó a un consenso sobre su inclusión. En los casos que no se pudo llegar a un consenso, la decisión final fue tomada por un tercer revisor.



## **Proceso de recogida de datos**

Se utilizó el manual COSMIN para desarrollar un formulario de extracción de datos (Terwee et al., 2012). Se llevó a cabo una prueba piloto del formulario, en una muestra de referencias, realizándose las modificaciones precisas. La extracción de datos de cada estudio seleccionado fue realizada por dos revisores de manera independiente. Cualquier discrepancia se resolvió mediante una discusión que incluyó a todos los autores de la revisión y aquellas que no fueron resueltas se resolvieron por un revisor adicional.

## **Tipo de datos**

La información extraída de cada estudio incluido fue: (1) la descripción del instrumento (nombre del instrumento, los dominios que mide, número de ítems, puntuación); (2) características de la población estudiada, tamaño de la muestra, número de participantes; (3) país, fechas de realización del estudio, año de publicación, propiedades métricas y resultados (incluyendo diferencia mínima importante); (4) identificación del fundamento teórico en el que se basa el instrumento y el constructo evaluado (prácticas de autocuidado, agencia de autocuidado o ambas).

## **Evaluación de la calidad metodológica de los estudios**

Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante el listado de comprobación COSMIN (Terwee et al., 2012). Esta herramienta permite determinar si las propiedades métricas de los instrumentos de los estudios cumplen con los estándares de buena calidad metodológica. El listado de comprobación de COSMIN considera nueve propiedades métricas, tres relacionadas con la *fiabilidad* (consistencia interna, estabilidad temporal y error de medida) y seis con la *validez* (validez de contenido, validez estructural, pruebas de hipótesis, validez transcultural, validez de criterio y sensibilidad al cambio). El número de ítems para evaluar cada propiedad oscila entre 5 y 18 y versan, acerca de aspectos de diseño y métodos estadísticos. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta: excelente, buena, regular y pobre. La calidad metodológica global de cada propiedad métrica se evaluó considerando la calificación más baja atribuida a los ítems (Terwee et al., 2012). Las discrepancias se resolvieron por consenso o por el juicio de un tercer revisor.

## **Evaluación de la calidad de los instrumentos**

Se combinó la calidad metodológica de los estudios incluidos, así como la consistencia de los resultados del estudio para resumir el nivel de evidencia sobre las propiedades métricas de cada instrumento identificado (Terwee et al., 2007).

## RESULTADOS

### Selección de los estudios

Las búsquedas bibliográficas identificaron 6126 referencias, de las cuales 1334 estaban duplicadas. La selección inicial excluyó 4735 referencias que no cumplían los criterios de elegibilidad anteriormente descritos. Se evaluó el texto completo de 57 artículos. Se excluyeron 47 artículos, diez estudios cumplieron los criterios de inclusión y se identificó un estudio adicional mediante el seguimiento de citas. En total, se identificaron diez instrumentos en los 11 estudios incluidos. En la Figura 2 se describe el proceso de selección de los estudios.

### Características de los instrumentos y estudios

Cuatro de diez instrumentos identificados evaluaron prácticas de autocuidado: *Adolescent Lifestyle Profile* (ALP) (Hendricks, Murdaugh, & Pender, 2006), *Adolescent Nutrition Self-Care Questionnaire* (ANSCQ) (Moore et al., 2005), *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CAS PQ) (Jaimovich, M.C. Campos, M. S. Campos, & Moore, 2009; Moore, 1995) y *Parent Nutrition Dependent-Care Questionnaire* (PNDCQ) (Moore et al., 2005). Dos instrumentos evaluaron la agencia de autocuidado: *Health Education Questionnaire* (HEQ) (Baldwin & Lindsey, 1989) y *Middle School Self-Efficacy* (MISSE) *Questionnaire* (Bray, Nash, & Froman, 2003) y cuatro instrumentos evaluaron ambas: *Care of children before, during and after illness* (Pursell & While, 2011), *Child Occupational Self-Assessment* (COS A) (Keller, Kafkes, & Kielhofner, 2005), *Dependent Care Agent* (DCA) *Questionnaire* (Gaffney & Moore, 1996) y *School Age Health Concerns Inventory* (SAHCI) (MacBriar, Burgess, Kottke, & Maddox, 1995). En la Tabla 2 se describen las características de los estudios incluidos.

Nueve instrumentos fueron desarrollados en Estados Unidos (Baldwin & Lindsey, 1989; Bray et al., 2003; Gaffney & Moore, 1996; Hendricks et al., 2006; Jaimovich et al., 2009; Keller et al., 2005; MacBriar et al., 1995; Moore, 1995; Moore et al., 2005; Moore & Gaffney, 1989) y uno en el Reino Unido (Pursell & While, 2011). Se identificaron dos versiones del instrumento ANSCQ y PNDCQ, una versión estadounidense y una versión nicaragüense (Moore et al., 2005) y también, dos versiones del instrumento CAS PQ, una versión estadounidense (Moore, 1995) y una versión chilena (Jaimovich et al., 2009). Las características principales de cada instrumento se muestran en la Tabla 3.

### Calidad metodológica de cada estudio

La Tabla 4 resume los detalles de la calidad metodológica de las propiedades métricas evaluadas en cada estudio. Ninguno de los estudios evaluó la estabilidad temporal, el error de medida, la validez del criterio y la sensibilidad al cambio. La consistencia interna, la validez del contenido y la validez

estructural fueron las propiedades más frecuentemente evaluadas. La consistencia interna y la validez estructural se calificaron como "excelente" o "buena" en cuatro estudios. Asimismo, cuatro estudios fueron clasificados como "excelentes" en cuanto a la validez del contenido. Únicamente tres estudios llevaron a cabo pruebas de hipótesis. La validez transcultural fue calificada como "pobre" en dos estudios (tres instrumentos) en los que se realizó la adaptación cultural.

### **Nivel de evidencia de las propiedades métricas de cada instrumento**

La síntesis de pruebas por instrumento se detalla en la Tabla 5. A continuación, se revisan la calidad de las pruebas métricas de cada uno de los instrumentos identificados.

#### *Adolescent Lifestyle Profile (ALP)*

El ALP fue desarrollado y evaluado por Hendricks et al. (2006) en Estados Unidos. Está basado en el modelo de Pender de promoción de la salud (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006). Fiabilidad: La calidad metodológica del estudio de la consistencia interna fue buena. El tamaño de la muestra fue  $\geq 100$  y la dimensionalidad de la escala fue verificada, pero no hubo información adecuada sobre los valores perdidos. Esta propiedad fue calificada como un nivel de evidencia contradictorio, ya que tres de las seis subescalas mostraron coeficientes de consistencia interna  $< 0,70$ . Validez: El contenido y la validez estructural se calificaron con un nivel de evidencia positivo moderado. Sin embargo, las pruebas de hipótesis se clasificaron como un nivel de evidencia contradictorio. Las puntuaciones de ALP tuvieron una correlación baja ( $r < 0,50$ ) con puntuaciones en las escalas de autoestima y autoeficacia y una correlación moderada en la escala de esperanza ( $r = 0,60$ ). Síntesis: ALP presentó un nivel positivo moderado de evidencia de contenido y validez estructural, pero un nivel contradictorio de evidencia para la consistencia interna y las pruebas de hipótesis.

#### *Adolescent Nutrition Self-Care Questionnaire (ANSCQ) and Parent Nutrition Dependent-Care Questionnaire (PNDCQ)*

ANSCQ and PNDCQ fueron desarrollados por Moore et al. (2005) en Estados Unidos. Hay versiones en inglés (Estados Unidos) y español (Nicaragua) evaluadas en el mismo estudio (Moore et al., 2005). La población de estudio esta formada únicamente por mujeres (niñas y sus madres). Fiabilidad: La consistencia interna fue calificada como indeterminada debido a la pobre calificación de la calidad metodológica del estudio. El coeficiente global de consistencia interna observado es superior a 0,70 pero no se comprobó la dimensionalidad de la escala. Validez: El nivel de evidencia de la validez del contenido se calificó con fuerte evidencia positiva ya que la calidad metodológica del estudio fue calificada como "excelente". Se evaluó la pertinencia de todos los ítems en un tamaño de muestra adecuado de la población de destino. La calidad metodológica para la validez transcultural se encontró "pobre" porque el tamaño de la muestra incluido era inadecuado ( $< 100$ ) y

no se realizó el análisis factorial confirmatorio. Síntesis: Los dos instrumentos obtuvieron fuertes evidencias positivas en validez de contenido y evidencia desconocida de consistencia interna y validez transcultural.

#### *Care of children before, during and after illness tool*

Este instrumento fue desarrollado y probado por Pursell & While (2011) en el Reino Unido. El fundamento teórico del instrumento no está claramente especificado. Fiabilidad: No se evaluó ninguna propiedad métrica de fiabilidad. Validez: Solamente se evaluó la validez del contenido y se calificó con un nivel de evidencia limitado y positivo. Los aspectos del constructo a medir fueron pobremente descritos y el cuestionario carece de fundamento teórico. Síntesis: El instrumento mostró una evidencia positiva limitada para la validez del contenido. No se encontró evidencia sólida de fiabilidad y validez.

#### *Child and Adolescent Self-care Performance Questionnaire (CASPQ)*

CASPQ fue desarrollado por Moore (1995) en los Estados Unidos y basado en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem (2001) y además ha sido adaptado a la población chilena (Jaimovich et al., 2009). CASPQ se evaluó en dos estudios (Jaimovich et al., 2009; Moore, 1995). Fiabilidad: La consistencia interna fue calificada con un nivel de evidencia positivo y fuerte. La calidad metodológica de los dos estudios fue buena para esta propiedad y el valor alfa de Cronbach fue mayor de 0,70 en ambos análisis. Validez: La calidad metodológica fue "excelente" para la validez del contenido en el estudio de Moore (1995), por lo que esta propiedad fue calificada como un nivel de evidencia fuerte positivo. La calidad metodológica fue calificada como "buena" para la validez estructural en ambos estudios. Sin embargo, se calificó como nivel de evidencia contradictorio debido a datos inconsistentes sobre su estructura en ambos estudios. Moore (1995) encontró una estructura de diez factores, mientras que en el estudio de Jaimovich et al. (2009) encontraron una estructura de ocho factores. Ninguno de los dos estudios confirmó la estructura teórica de tres dimensiones. Se evaluó con un nivel de evidencia positivo limitado para las pruebas de hipótesis. Solamente Moore (1995) evaluó esta propiedad explorando la correlación entre las puntuaciones de CASPQ y las puntuaciones del "The Denyes Self-Care Agency Questionnaire" (Denyes, 1980) y el "Exercise of Self-Care Agency Scale" (Kearney & Fleischer, 1979). Estas correlaciones fueron moderadas ( $r = 0,54$  y  $r = 0,58$ ), pero las hipótesis fueron vagas o mal formuladas. La validez transcultural fue calificada como "desconocida" debido a que la estructura del factor original no fue confirmada. Síntesis: CASPQ es un instrumento basado en una teoría enfermera con un nivel de evidencia fuerte y positivo para la consistencia interna y la validez de contenido. Sin embargo, las pruebas acerca de su validez estructural, validez transcultural y pruebas de hipótesis fueron limitadas y poco concluyentes.

### *Child Occupational Self-Assessment (COSA)*

COSA fue desarrollado por Keller et al. (2005) en los Estados Unidos. Se basó en Modelo de Ocupación Humana. Se evaluó en un estudio que aplicó Modelos de Teoría de Respuesta al Item (Keller et al., 2005). Fiabilidad: La calidad metodológica para la consistencia interna fue calificada como "pobre", por lo que el nivel de evidencia para esta propiedad fue calificada como "desconocido". El tamaño de la muestra incluido en el análisis fue inadecuado (menos de cinco participantes por ítem y menos de 100 participantes). Validez: La validez estructural fue calificada como "desconocida" porque la calidad metodológica del estudio fue "pobre". Aunque se determinó la dimensionalidad de los ítems, el tamaño de muestra incluido en el análisis fue inadecuado. Síntesis: El nivel de evidencia para la consistencia interna y la validez estructural del COSA fue "desconocido".

### *Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)*

DCA fue desarrollado por Moore & Gaffney (1989) en los Estados Unidos y basado en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem (2001). DCA se evaluó en dos estudios (Gaffney & Moore, 1996; Moore & Gaffney, 1989). Fiabilidad: La calidad metodológica para la consistencia interna se calificó como "pobre" en ambos estudios debido a que el coeficiente consistencia interna no se calculó para cada subescala por separado. Por esta razón, el nivel de evidencia para la consistencia interna se consideró "desconocido". Validez: La validez del contenido se clasificó como un nivel de evidencia fuerte positivo. Un panel de expertos en la teoría de Orem evaluó la relevancia de los ítems y la versión preliminar del instrumento fue probada experimentalmente en un tamaño de muestra adecuado para la población evaluada. La validez estructural se analizó en un único estudio y se valoró positivamente basándose en pruebas limitadas. No estaba claro cómo se trataron los valores perdidos. Los 12 factores identificados explicaron el 63,5% de la varianza. Síntesis: La validez del contenido del cuestionario mostró un nivel de evidencia fuerte y positivo. La validez estructural fue clasificada como positiva, pero la evidencia fue limitada. Se desconoce la consistencia interna de las puntuaciones.

### *Health Education Questionnaire (HEQ)*

HEQ fue desarrollado y probado por Baldwin & Lindsey (1989) en los Estados Unidos. Se basó en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem (2001). Fiabilidad: El tamaño de la muestra incluido en el análisis fue inadecuado (menos de cinco participantes por ítem y menos de 100 participantes). Por esta razón, la calidad metodológica para la consistencia interna fue calificada como "pobre" y su nivel de evidencia se consideró "desconocido". Validez: La metodología para evaluar la validez del contenido fue calificada de regular, en cuanto al nivel de evidencia se clasificó como limitado. La versión preliminar de la HEQ fue pilotada y probada en un tamaño de muestra

indeterminado de la población objeto de estudio. La metodología para evaluar la validez estructural fue calificada de regular, en cuanto al nivel de evidencia se clasificó como "desconocido". El tamaño de la muestra incluido en el análisis fue inadecuado y no se mencionó la variancia explicada. Síntesis: Solo la validez del contenido mostró evidencia positiva, aunque ésta fue limitada.

#### *Middle School Self-Efficacy Questionnaire (MISSE)*

MISSE fue desarrollado y probado por Bray et al. (2003) en los Estados Unidos. Se basó en la teoría de autoeficacia de Bandura (1986 y 2000). Fiabilidad: La consistencia interna fue calificada como un nivel de evidencia fuerte y positivo. La calidad metodológica del estudio de esta propiedad fue considerada excelente y las dos subescalas mostraron un valor alfa de Cronbach mayor a 0,80. Validez: La evidencia de la validez de contenido fue calificada como "desconocida" porque la calidad metodológica del estudio de esta propiedad fue calificada como "pobre". No hubo información sobre la participación de la población de destino en la evaluación del instrumento. La calidad metodológica del estudio para la validez estructural y las pruebas de hipótesis se clasificaron como "excelentes". Sin embargo, la validez estructural se calificó con un fuerte nivel positivo de evidencia, mientras que las pruebas de hipótesis con un nivel fuerte negativo. Las pruebas de hipótesis se clasificaron como negativas debido a que solamente una de las diez hipótesis formuladas por los autores mostró un coeficiente de correlación superior a 0,50 y una gran proporción de los resultados no estaba de acuerdo con las hipótesis. Síntesis: Tres propiedades de medida mostraron evidencia fuerte, dos positivas y una negativa. La evidencia sobre la validez del contenido fue calificada como "desconocida".

#### *School Age Health Concerns Inventory (SAHCI)*

SAHCI fue desarrollado y probado por MacBriar et al. (1995) en los Estados Unidos. Fiabilidad: No se evaluó ninguna propiedad métrica de fiabilidad. Validez: Solo se evaluó la validez del contenido y se calificó como nivel de evidencia limitado positivo. Los aspectos del constructo a medir fueron pobremente descritos y la fundamentación teórica no fue claramente especificada. Síntesis: El instrumento mostró una evidencia limitada positiva para la validez del contenido. No encontramos ninguna fuente de evidencia de fiabilidad y validez.

Esta revisión sistemática resume las propiedades de medición de diez instrumentos para evaluar el autocuidado en niños sanos. Las pruebas científicas acerca de sus propiedades métricas son limitadas debido a la escasa disponibilidad de estudios para cada instrumento; hubo un máximo de dos estudios por instrumento. Se observó una falta de pruebas métricas de ciertas propiedades, tales como la estabilidad temporal, el error de medición, la validez criterio y la sensibilidad al cambio. La consistencia interna fue la única medida de fiabilidad probada, pero únicamente dos instrumentos fueron calificados con un fuerte nivel de evidencia. La propiedad métrica de validez

más frecuentemente evaluada fue la validez del contenido seguida por la validez estructural. Cuatro instrumentos tenían una fuerte evidencia de validez de contenido y un instrumento de validez estructural. Se realizaron pruebas de hipótesis en tres estudios. Nueve de los diez instrumentos fueron desarrollados en los Estados Unidos. Únicamente tres instrumentos fueron evaluados en otros países (Chile y Nicaragua), pero la calidad metodológica de los estudios fue "pobre" y por lo tanto la evidencia sobre su validez transcultural es "desconocida". En consecuencia, la aplicabilidad y la transferibilidad de estos instrumentos son limitadas. En suma, es necesario generar más pruebas científicas sobre estos instrumentos para recomendar su uso en la práctica y la investigación.

El manuscrito de esta revisión sistemática ha sido aceptado para su publicación y se encuentra en la actualidad en prensa (Urpí-Fernández et al., 2017).

**Tabla 2. Descripción de los estudios incluidos**

Referencia de los estudios	Instrumentos evaluados	Año de publicación	Población de estudio	Tamaño muestral
Baldwin & Lindsey, 1989	HEQ	1989	Padres con niños de 6 a 13 años de edad.	97
Bray et al., 2003	MISSE	2003	Estudiantes de educación secundaria con edades de 11 a 15 años.	354
Gaffney & Moore, 1996	DCA	1996	Madres de 23 a 75 años con niños de 1 a 16 años.	380
Jaimovich et al., 2009	CASPQ	2009	Estudiantes de 10 a 15 años	450
Keller et al., 2005	COSA	2005	Niños y adolescentes de 8 a 17 años (31 recibieron el servicio de terapia ocupacional y 31 no la recibieron).	62
MacBriar, et al., 1995	SAHCI	1995	Estudiantes de 8 a 12 años	361
Moore & Gaffney, 1989	DCA	1989	Madres de 23 a 75 años con niños de 1 a 16 años.	475
Moore, 1995	CASPQ	1995	Estudiantes de 6 escuelas públicas de 9 a 18 años.	471
Moore et al., 2005	ANSCQ PNDCQ	2005	Madres y sus hijas de 10 a 18 años.	178
Hendricks et al., 2006	ALP	2006	Adolescentes jóvenes de 10 a 5 años.	207
Purssell & While, 2011	Care of children before, during and after illness	2011	Padres de niños en edad preescolar.	No probado

**Tabla 3. Principales características de los instrumentos**

<b>Instrumentos (Acrónimo)</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	<b>Constructo</b>	<b>Población objetivo</b>	<b>País de desarrollo/adaptación</b>	<b>Lenguaje original/adaptación</b>	<b>Ítems</b>	<b>Número de subescalas o dominios</b>	<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Referencia de los estudios</b>
<i>Adolescent Lifestyle Profile (ALP)</i>	Modelo de Promoción de la Salud de Pender	Prácticas de autocuidado	207 adolescentes jóvenes entre 10 y 15 años	Estados Unidos	Inglés	42	6	4 opciones de respuesta respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>de nunca a habitualmente</i> )	Hendrick et al., 2006
<i>Adolescent Nutrition Self-Care Questionnaire (ANSCQ)</i>	Teoría del déficit de autocuidado de Orem	Prácticas de autocuidado	32 niñas entre 10 y 18 años de EUA 88 niñas de Nicaragua	Estados Unidos/Nicaragua	Inglés/Español	37	No se ha probado	5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>de nunca a siempre</i> )	Moore et al., 2005
<i>Care of children before, during and after illness</i>	No claramente especificada	Prácticas de autocuidado y agencia de autocuidado	Padres de niños y niñas en edad preescolar	Reino unido	Inglés	19	No se ha probado	No informa	Pursell & While, 2011
<i>Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire (CASPPQ)</i>	Teoría del déficit de autocuidado de Orem	Prácticas de autocuidado	471 estudiantes en 6 escuelas públicas entre 9 y 18 años (Moore, 1995)  450 estudiantes entre 10 y 15 años de Chile (Jaimovich et al., 2009)	Estados Unidos/Chile	Inglés/Español	35  35	10  8	5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>de nunca a siempre</i> )	Moore, 1995  Jaimovich et al., 2009
<i>Child Occupational Self Assessment (COSA)</i>	Modelo de Ocupación Humana (MOHO)	Prácticas de autocuidado y agencia de autocuidado	62 niños y niñas entre 8 y 17 años (31 recibieron servicios de terapia ocupacional y 31 no los recibieron)	Estados Unidos	Inglés	24	2	3 opciones de respuesta Competencia: (1-Gran problema; 2-Pequeño problema; 3-Hago esto) Valores: (1-Muy importante 2-Importante 3-No tan importante).	Keller et al., 2005
<i>Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)</i>	Teoría del déficit de autocuidado de Orem	Prácticas de autocuidado y agencia de autocuidado	380 madres entre 23 y 57 años con niños de 1 a 16 años	Estados Unidos	Inglés	39	3	5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>de nunca a siempre</i> )	Moore & Gaffney, 1989  Gaffney & Moore, 1996



**Tabla 3. Principales características de los instrumentos (continuación)**

<b>Instrumentos (Acrónimo)</b>	<b>Fundamentación teórica</b>	<b>Constructo</b>	<b>Población objetivo</b>	<b>País de desarrollo/ adaptación</b>	<b>Lenguaje original/adaptación</b>	<b>Ítems</b>	<b>Número de subescalas o dominios</b>	<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Referencia de los estudios</b>
<i>The Health Education Questionnaire (HEQ)</i>	Teoría del déficit de autocuidado de Orem	Prácticas de autocuidado	97 padres con niños de 6 a 13 años.	Estados Unidos	Inglés	34	2	Subescala de creencias-16 ítems: 5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>no importante a muy importante</i> ) Subescala de creencias-16 ítems: 5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert ( <i>casi nada a casi todo</i> ).	Baldwin & Lindsey, 1989
<i>Middle School Self-Efficacy (MISSE) Questionnaire</i>	Autoeficacia de Bandura	Prácticas de autocuidado	354 jóvenes de educación secundaria de 11 a 15 años.	Estados Unidos	Inglés	39	2	5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert (de <i>no confianza del todo a mucha confianza</i> ).	Bray et al., 2003
<i>Parent Nutrition Dependent- Care Questionnaire (PNDCQ)</i>	Teoría del déficit de autocuidado de Orem	Prácticas de autocuidado	29 madres de EUA 29 madres de Nicaragua	Estados Unidos /Nicaragua	Inglés/Español	37	No se ha probado	5 opciones de respuesta en formato escala tipo Likert (de <i>nunca a siempre</i> )	Moore et al., 2005
<i>School Age Health Concerns Inventory (SAHCI)</i>	No claramente especificada	Prácticas de autocuidado y agencia de autocuidado	361 estudiantes de 8 a 12 años	Estados Unidos	Inglés	53	No se ha probado	No informa	MacBriar, et al., 1995

Tabla 4. Calidad metodológica de cada estudio por propiedad métrica e instrumento.

Propiedades métricas									
Instrumento/ estudio y referencia	Consistencia interna	Estabilidad temporal	Error de medida	Validez de contenido	Validez estructural	Pruebas de hipótesis	Validez transcultural	Validez de criterio	Sensibilidad al cambio
<b>ALP</b>									
Hendricks et al., 2006	Buena			Buena	Buena	Buena			
<b>ANSCQ</b>									
Moore et al., 2005	Pobre			Excelente			Regular		
<i>Care of children before, during and after illness</i>									
Purssell & While, 2011				Regular					
<b>CASPQ</b>									
Moore, 1995	Buena			Excelente	Buena	Regular			
Jaimovich, et al., 2009	Buena				Buena		Pobre		
<b>COSA</b>									
Keller et al., 2005	Pobre				Pobre				
<b>DCA</b>									
Moore & Gaffney, 1989	Pobre			Excelente	Regular				
Gaffney & Moore, 1996	Pobre								
<b>HEQ</b>									
Baldwin y Lindsey, 1989	Pobre			Regular	Regular				
<b>MISSE</b>									
Bray et al., 2003	Excelente			Pobre	Excelente	Excelente			
<b>PNDCQ-37</b>									
Moore et al., 2005	Pobre			Excelente			Regular		
<b>SAHCI</b>									
MacBriar, et al., 1995				Regular					

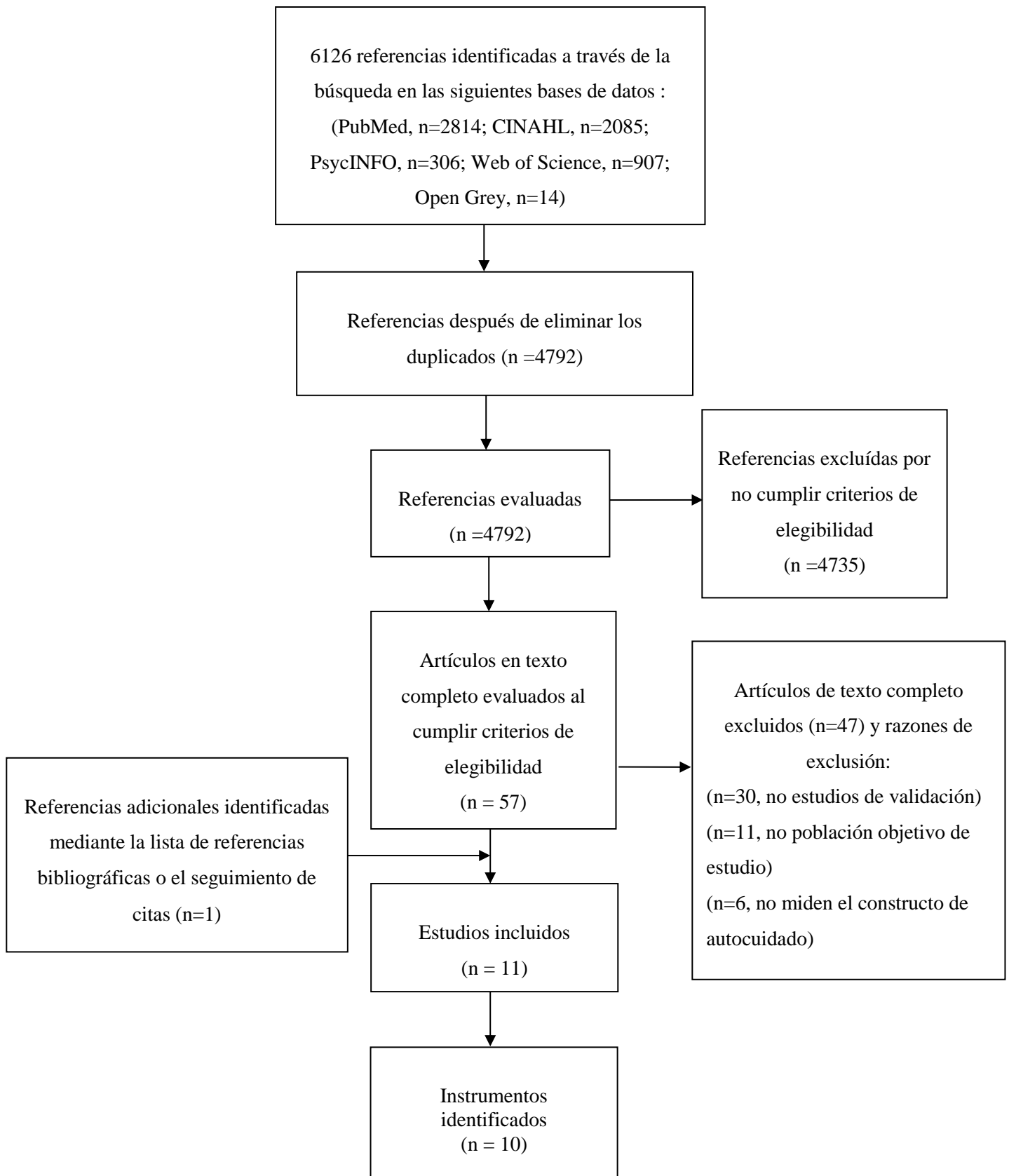
ALP: Adolescent Lifestyle Profile; ANSCQ: Adolescent Nutrition Self-Care Questionnaire; CASPQ: Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire; COSA: Child Occupational Self-Assessment; DCA: Dependent Care Agent Questionnaire; HEQ: The Health Education Questionnaire; MISSE: Middle School Self-Efficacy; PNDCQ: Parent Nutrition Dependent-Care Questionnaire; SAHCI: School Age Health Concerns Inventory

Tabla 5. Niveles de evidencia según propiedad métrica e instrumento.

Propiedades métricas										
Instrumento	Consistencia interna	Estabilidad temporal	Error de medida	Validez de contenido	Validez estructural	Pruebas de hipótesis	Validez transcultural	Validez de criterio	Sensibilidad al cambio	Referencias de los estudios
ALP	+/-	0	0	++	++	+/-	0	0	0	Hendrick et al., 2006
ANSCQ	?	0	0	+++	0	0	?	0	0	Moore et al., 2005
<i>Care of children before, during and after illness</i>	0	0	0	+	0	0	0	0	0	Purssell & While, 2011
CASPQ	+++	0	0	+++	+/-	+	?	0	0	Moore, 1995 Jaimovich et al., 2009
COSA	?	0	0	0	?	0	0	0	0	Keller et al., 2005
DCA	?	0	0	+++	+	0	0	0	0	Moore & Gaffney, 1989 Gaffney & Moore, 1996
HEQ	?	0	0	+	?	0	0	0	0	Baldwin & Lindsey, 1989
MISSE	+++	0	0	?	+++	---	0	0	0	Bray et al., 2003
PNDCQ	?	0	0	+++	0	0	?	0	0	Moore et al., 2005
SAHCI	0	0	0	+	0	0	0	0	0	MacBriar, et al., 1995

ALP: Adolescent Lifestyle Profile; ANSCQ: Adolescent Nutrition Self-Care Questionnaire; CASPQ: Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire; COSA: Child Occupational Self-Assessment; DCA: Dependent Care Agent Questionnaire; HEQ: The Health Education Questionnaire; MISSE: Middle School Self-Efficacy; PNDCQ: Parent Nutrition Dependent-Care Questionnaire; SAHCI: School Age Health Concerns Inventory

Figura 2. Detalle de la búsqueda bibliográfica y la selección de estudios. Diagrama de Flujo PRISMA





### **PARTE III. ESTUDIO EMPÍRICO**



## JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO

El autocuidado en niños sanos es una meta prioritaria de los cuidados de enfermería. Evaluar el autocuidado es esencial para planificar las intervenciones de enfermería que promuevan el autocuidado y para medir la contribución de la enfermería a los resultados de salud. Medidas inadecuadas podrían contribuir a esta falta de visibilidad y conocimiento de la enfermería. Por esta razón, es esencial disponer de instrumentos fiables y válidos. Disponer de instrumentos que permitan evaluar de manera fiable y válida las prácticas de autocuidado que llevan a cabo este grupo poblacional, permitirá identificar posibles déficits y facilitará la planificación de intervenciones dirigidas a su promoción. Desde esta perspectiva, los resultados de la revisión sistemática anteriormente presentada contribuyen a identificar los instrumentos disponibles para evaluar este constructo en esta población. No obstante, las pruebas científicas disponibles no permiten establecer conclusiones firmes sobre los instrumentos identificados en términos de fiabilidad y validez, de manera que es necesario centrarse en generar pruebas sobre una gama más amplia de propiedades métricas, utilizando una metodología rigurosa, en instrumentos de diferentes países y poblaciones de niños.

El *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CAS PQ) es el instrumento que ha presentado mejores propiedades métricas entre los evaluados en la revisión sistemática realizada en este trabajo. Cabe destacar que se trata de un instrumento basado en una teoría enfermera: la teoría del déficit de autocuidado de Orem (2001), contribuyendo a impulsar el desarrollo de investigaciones fundamentadas en esta teoría enfermera y así aumentar el cuerpo de conocimientos que respaldan su solidez y aplicabilidad (Biggs, 2008; Parse, 2015). Aunque las pruebas acerca de su validez estructural, validez transcultural y comprobación de hipótesis fueron limitadas y poco concluyentes, el CAS PQ presenta un nivel de evidencia positivo para la consistencia interna y la validez de contenido. Por este motivo, en la tercera parte de esta tesis se realiza un estudio empírico sobre la adaptación y estudio de las propiedades métricas de la versión española del *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CAS PQ) en una muestra de niños españoles.





## HIPÓTESIS

La hipótesis que se pretende contratar es que el *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CASPPQ), en su versión para población residente en España, permite medir de forma fiable y válida el desarrollo de las prácticas de autocuidado en la población infantil sana de 8 a 12 años y muestra propiedades métricas aceptables y similares a las del cuestionario original.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

El objetivo general fue adaptar el cuestionario *Child and Adolescent Self-Care Performance* al contexto de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España y evaluar sus propiedades métricas.

### Objetivos específicos

Los objetivos específicos fueron:

- Realizar los procesos de traducción y adaptación necesarios para garantizar la equivalencia semántica, normativa y conceptual del nuevo cuestionario.
- Evaluar el proceso de respuesta.
- Evaluar la capacidad discriminativa de los ítems del cuestionario adaptado.
- Evaluar la estructura factorial del cuestionario adaptado.
- Determinar la consistencia interna de las puntuaciones de los ítems del cuestionario adaptado.
- Determinar la estabilidad temporal de las puntuaciones de los ítems del cuestionario adaptado.
- Establecer relaciones teorizadas de las puntuaciones del cuestionario adaptado con otras variables o constructos.



## METODOLOGÍA

### Diseño del estudio

El desarrollo del estudio se fundamentó en la Teoría Clásica de los Tests (DeVellis, 2006) y se llevó a cabo según las directrices establecidas en el *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010b) y los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing, 2014).

### Cuestionario original

El *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* (CAS PQ) fue desarrollado por Moore (1995) en Estados Unidos y tiene como objetivo evaluar las prácticas de autocuidado en niños y niñas de 9 a 18 años, basándose en la teoría del déficit de autocuidado de Orem. Se trata de un instrumento autoadministrable y compuesto por 35 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que puntúan: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) alguna vez, (4) casi siempre y (5) siempre. Todas las preguntas que incluye son cerradas. Se divide en tres secciones que contienen ítems que miden las prácticas relacionadas con: requisitos de autocuidado universales (sección I: 20 ítems); requisitos de autocuidado de desarrollo (sección II: 10 ítems); requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud (sección III: 5 ítems). Los siguientes ítems se encuentran invertidos en su dirección para la puntuación: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 13, 17, 23, 27 y 30, con el objetivo de minimizar su aparente negatividad. El rango de posibles puntuaciones oscila entre 35 y 175, indicando las puntuaciones más altas, mayores prácticas de autocuidado.

### Adaptación al español

El CAS PQ se ha adaptado para poblaciones de habla hispana residentes en Estados Unidos y Chile; por lo que, fue necesaria su adaptación lingüística y cultural, para asegurar su adecuación a la población destino y garantizar la comparabilidad de los resultados obtenidos en culturas diferentes, atendiendo a la equivalencia semántica (mismo significado de las palabras y frases), conceptual (los conceptos existen en la cultura de destino) y normativa (la forma de expresión de los conceptos). Antes de iniciar el proceso de adaptación, se contactó con las autoras del cuestionario original (Moore, 1995) y de su adaptación al español (Jaimovich et al., 2009); se les informó del objetivo del estudio y se les invitó a participar en él si así lo deseaban. Las autoras dieron su consentimiento y facilitaron una copia del cuestionario original así como, las instrucciones de utilización.

El proceso de adaptación del CASPQ se llevó a cabo en cuatro etapas, de acuerdo con las recomendaciones de expertos en adaptación de cuestionarios (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000; Wild et al., 2005). En una primera etapa, dos miembros del equipo investigador revisaron de manera independiente la versión original en inglés y la disponible en español y elaboraron cada uno de ellos una nueva versión en español. En la segunda etapa, se contrastaron ambas versiones y los dos investigadores consensuaron una versión predefinitiva, siendo las discrepancias resueltas en un comité del equipo investigador al completo. Se tuvo en cuenta la equivalencia semántica (significado equivalente de las palabras, dificultades gramaticales en la traducción), idiomática (coloquialismos, expresiones equivalentes en español) y conceptual. En la tercera etapa, se realizaron entrevistas cognitivas, siguiendo las recomendaciones de Drennan (2003), a 12 niños y niñas para evaluar la comprensión, la aceptabilidad y la aplicabilidad del cuestionario, diseñando, para ello un listado de comprobación *ad hoc*. Se calculó el tiempo requerido para completar el cuestionario según la edad y si era preciso modificar algún ítem. Los niños y niñas participantes en esta prueba piloto fueron seleccionados por conveniencia entre la población asignada al centro de atención primaria de referencia. La administración y la entrevista fueron realizadas por un miembro del equipo investigador, previo consentimiento informado de los padres y madres. Por último, en la cuarta etapa, se elaboró la versión definitiva del cuestionario; esta versión incluía, además de los ítems, la identificación de las instituciones y organismos que participaron en el estudio, el título del estudio, la declaración explícita del compromiso de confidencialidad por parte de los investigadores, las instrucciones para su adecuada cumplimentación, el consentimiento de los padres y madres, y los agradecimientos por su participación. En el anexo A se incluye el cuestionario definitivo adaptado, en el formato original que se utilizó para la realización del trabajo de campo de este estudio.

## Participantes

Desde el año 2004, el *Departament d'Educació* y el *Departament de Salut* de Cataluña cooperan en la implementación conjunta del programa *Salut i Escola* (Departament de Salut, 2012) en el que se llevan a cabo acciones de promoción de la salud y atención a los alumnos. Por ello, se aprovechó este vínculo para administrar el cuestionario en la escuela.

Se solicitó la participación voluntaria al total de los alumnos y alumnas de 8 a 12 años, en cualquiera de los 13 centros de educación primaria (3º, 4º, 5º y 6º curso) de la línea pediátrica y área de Sant Martí de Provençals, El Clot, La Verneda y la Pau de la ciudad de Barcelona, durante los meses de febrero y marzo de 2016. Se excluyó la población infantil diagnosticada de un problema de salud crónico (asma, diabetes, cáncer, parálisis cerebral, espina bífida, epilepsia,...). No se excluyó la que padecía un problema de salud agudo (duración inferior a tres meses).

## **Tamaño de la muestra**

Los tamaños de muestra necesarios para las pruebas de validez realizadas se estimaron de acuerdo con las directrices establecidas en el *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Mokkink et al., 2010b), los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, 2014) y los criterios de expertos (Streiner & Norman, 2003) .

Para las pruebas de consistencia interna, se estimó un tamaño muestral de 245 cuestionarios completos. Este tamaño de muestra permite estimar un coeficiente de fiabilidad de consistencia interna superior o igual a 0,70, con un error estándar del 2%. El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la fórmula propuesta por Streiner & Norman (2003), en la que intervienen los siguientes parámetros: número de ítems, coeficiente de consistencia interna mínimo a estimar y error estándar del coeficiente de consistencia interna).

En cuanto a las pruebas de estabilidad temporal, se estimó que se necesitaba una administración completa del cuestionario como mínimo a 61 niños y niñas, de diferentes edades, en dos ocasiones (test-retest) para detectar un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de acuerdo superior o igual a 0,70 (Streiner & Norman, 2003) entre ambas administraciones, considerando un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80% en un contraste bilateral (Zou, 2012).

Con respecto a las pruebas basadas en la estructura factorial, se estimó que se precisaba una administración completa del cuestionario a 350 niños y niñas (número de participantes 10 veces superior al número de ítems) para unos resultados válidos en el análisis.

## **Selección de la muestra**

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio por conglomerados. Los conglomerados fueron los 13 centros educativos ubicados dentro del área básica de salud de referencia de un único equipo de atención primaria. El número de alumnos y alumnas total inscritos en estos 13 centros educativos en el curso escolar 2014-2015 era de 2300. Teniendo en cuenta el tamaño muestral necesario se seleccionaron cuatro de ellos. La población de estudio fueron el total de alumnos y de alumnas de 3º a 6º curso de educación primaria de estos cuatro centros, 600 alumnos en total.

## **Variables del estudio**

Para la recogida de un conjunto de variables relacionadas directa e indirectamente con las prácticas de autocuidado según la literatura disponible (Borrell, 2006; Fulkerson et al., 2011; Gordon-Larsen et al., 2003; Krawinkel, 2011; Miguel-Gil et al., 2012; Monasta et al., 2010; Thacher et al., 2006), se elaboró y añadió un formulario *ad hoc* al final del cuestionario adaptado al español (anexo B).

Este formulario recogía las siguientes variables:

- Núcleo familiar: miembros con los que vive el niño o niña.
- Origen de nacimiento del padre y la madre: hace referencia al país de nacimiento.
- Situación laboral del padre y la madre: ocupación laboral actual o desempleo del padre y de la madre.
- Clima en la comida: se encuentran acompañados de otros familiares o solos en el momento de la comida.

## **Recogida de datos y administración del cuestionario**

El proceso de acceso a la población destino se realizó en cuatro etapas, se detallan a continuación:

En la primera etapa, se realizó el contacto a través de correo electrónico con el *Consorci d'Educació de Barcelona* en diciembre de 2015. La coordinadora territorial de educación, referente de proyectos y temas de salud en los centros educativos, convocó una reunión con el inspector de educación de la zona de estudio. La doctoranda les presentó el objetivo del estudio y su importancia, así como el número de cuestionarios completados necesarios y el tamaño de la muestra requerido para que los resultados fueran válidos. Para garantizar la no deseabilidad y la confidencialidad de los datos se ha precisado que la participación fuera anónima; recalando la imposibilidad de identificar a ningún participante. Para ello, se ha asignado un código alfanumérico a cada cuestionario que sirvió como identificador en el proceso de recogida de datos y de esta forma se ha garantizado la confidencialidad de la información. La dirección del *Consorci d'Educació de Barcelona* dio su conformidad para llevar a cabo el estudio mediante autorización firmada (anexo C).

En una segunda etapa, tras la estimación del tamaño muestral necesario se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados entre los 13 centros educativos disponibles, seleccionando cuatro centros educativos que fueron: La Caixa, Rambleta del Clot, Horts y Verns. Siendo los dos primeros centros públicos y los dos últimos concertados. Se convocó una segunda reunión en el *Consorci* para valorar la presentación y participación voluntaria en el estudio de los cuatro directores de los centros educativos asignados. Se acordó que en caso de que alguno de ellos no deseara participar, se asignaría aleatoriamente de nuevo otro centro educativo de los 13 disponibles en la zona de estudio. Ver modelo de carta dirigido a los directores de las escuelas en anexo D.

En una tercera etapa, el inspector de educación convocó a los cuatro directores de los centros educativos para la presentación del objetivo del estudio, su papel en el proceso y ofrecer su participación voluntaria. En la reunión, se les facilitó una carta de presentación del estudio, dirigida a la Asociación de Padres y Madres de Alumnos, al profesorado y a los padres y madres de los alumnos participantes (modelo de carta en anexo E). Se informó que el cuestionario se administraría en grupo en el aula en los centros educativos que aceptaron participar y a los alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de primaria, cuyos padres o madres no manifestaron su negativa respecto a que su hijo o hija participara en el estudio. El día y la hora de la administración se concretaría con antelación con cada uno de los directores del centro.

Por último, se convocó una cuarta reunión ofreciendo participar de forma voluntaria al centro educativo Verns en el test-retest. Se le informó a la directora del proceso de administración del cuestionario en dos ocasiones (test-retest) y el intervalo necesario de 7-14 días entre ambas para que los resultados fueran válidos (Streiner & Norman, 2003). Para poder llevar a cabo el análisis de la estabilidad temporal, se decidió introducir tanto en el primer cuestionario como en el segundo, la primera letra del nombre del padre y de la madre y su fecha de nacimiento (ver cuestionario retest adaptado en anexo F).

### **Estrategias de análisis**

Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos IBM SPSS Statistics 22.0, R versión 3.3.2 (R Development Core Team, 2016) y el paquete “lavaan” para R (Rosseel, 2012). Asimismo, el nivel de significación aceptado fue de  $\alpha = 0,05$ . A continuación se describen los análisis realizados para evaluar cada aspecto ligado a las propiedades métricas consideradas.

#### *Análisis del proceso de respuesta*

En primer lugar, se recodificaron los ítems inversos. Las respuestas fueron tratadas como una escala de cinco puntos, asignando el valor uno a la puntuación más baja y el cinco a la más alta. Una puntuación elevada indica una mayor práctica de autocuidado (puntuación máxima 175) en cambio una baja puntuación un mayor déficit de ésta (puntuación mínima 35).

Se calcularon los índices estadísticos de tendencia central y de dispersión de cada ítem así como el patrón de datos omitidos. Para evaluar la variabilidad de las puntuaciones se estudiaron los efectos techo y suelo. El “efecto suelo” es el fenómeno que se produce al agruparse un porcentaje de las respuestas a determinado ítem en la parte inferior de la escala. El “efecto techo” se refiere al mismo fenómeno con los valores más elevados de la escala. Se considera que existe cualquiera de estos efectos cuando el porcentaje de respuestas de agrupadas en el valor más elevado o más inferior de la escala es mayor o igual del 15% (Ware & Gandek, 1998).



### *Discriminación: Comparación de grupos extremos*

Para determinar la capacidad discriminativa de los ítems se calculó el índice de discriminación basado en la comparación de las respuestas a los ítems de grupos extremos. Para ello se seleccionó el 33% de participantes con puntuación total superior y el 33% con inferior. En cada uno de estos grupos se calculó la media de cada ítem y la diferencia entre ambas medias. El fundamento de este índice consiste en que las respuestas a los ítems deben guardar relación con la puntuación total y por ello, los participantes con puntuaciones totales altas deberían escoger categorías de respuestas más altas en los ítems, y al contrario, los participantes con puntuaciones totales bajas escogerían categorías de respuesta bajas.

### *Estructura interna del cuestionario adaptado*

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios, con el fin de determinar si las puntuaciones reproducían la estructura de tres dimensiones en la que se fundamenta el cuestionario original (Moore, 1995). La elección del estimador de los parámetros del modelo de análisis factorial se basó en: a) el tamaño de la muestra; b) el tipo de variable de respuesta; y c) la distribución de la variable. Se calcularon índices de ajuste absoluto: prueba de ji cuadrado, división entre el valor ji cuadrado del modelo por sus grados de libertad, la *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR) y la *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e índices de ajuste comparativo: el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Tucker-Lewis index* (TLI). Los criterios para interpretar estos índices se resumen en la Tabla 6 (Brown, 2006).

**Tabla 6. Descripción de los criterios empleados para valorar el ajuste del modelo de análisis confirmatorio**

<b>Índices de ajuste</b>	<b>Criterios de buen ajuste</b>
Valor ji cuadrado/grados de libertad	<2
SRMR	≤0,08
RMSEA	≤0,06
CFI y TLI	≥0,90-0,95

## *Fiabilidad de las puntuaciones del cuestionario*

### *Consistencia interna*

El coeficiente de consistencia interna indica el grado en el que todos los ítems miden un mismo constructo (Valderas, Ferrer, & Alonso, 2005; Wild et al., 2005). Este coeficiente oscila entre 0 y 1. Siendo 0, el mínimo grado de consistencia y heterogeneidad, es decir los ítems no comparten ninguna información y 1, que indica el máximo grado de consistencia y homogeneidad. Para evaluar la consistencia interna se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para el total del cuestionario y para cada una de sus dimensiones. Además, se analizaron las correlaciones ítem-total corregidas (una vez eliminado el ítem) y se evaluaron como adecuadas cuando eran mayores o iguales a 0,20 (Streiner & Norman, 2003). Asimismo, los coeficientes de consistencia interna se interpretaron como óptimos cuando fueron mayores o iguales a 0,70 (Streiner & Norman, 2003; Valderas et al., 2005).

### *Estabilidad temporal*

La estabilidad temporal es el grado en que un instrumento produce resultados estables en el tiempo bajo en el supuesto que no se ha producido ningún cambio en el constructo que se evalúa. El intervalo de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda administración del cuestionario fue de 15 días (primera administración el 23 de febrero del 2016 y segunda administración el 8 de marzo del 2016), tiempo considerado suficiente para que no se produzcan cambios en el constructo (Streiner & Norman, 2003). Se estimó el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI) de acuerdo, interpretándose como óptimo si es superior o igual a 0,70 entre ambas administraciones (Streiner & Norman, 2003; Valderas et al., 2005). Asimismo, se evaluó el grado de acuerdo entre las puntuaciones observadas en ambas administraciones mediante el gráfico de Bland & Altman (1986).

### *Establecimiento de relaciones teorizadas de las puntuaciones del cuestionario con otras variables o constructos*

Dado que no existe ningún instrumento de medida que pueda considerarse como medida “patrón de oro” para determinar la validez de criterio del cuestionario adaptado, se optó por evaluar la relación de las puntuaciones del cuestionario con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La CVRS se encuentra estrechamente relacionada con las prácticas de autocuidado (Formosa & Muscat, 2016; Heidarzadeh et al., 2010). Por este motivo además del cuestionario adaptado al español, se autoadministró en grupo el cuestionario KIDSCREEN-27 en su versión para niños y adolescentes.

El KIDSCREEN-27 es un instrumento genérico que mide la CVRS percibida por la población infantil y adolescente (entre 8 y 18 años de edad) y ha sido desarrollado en el marco de un proyecto europeo en el que participaron 13 países entre ellos España (Ravens-Sieberer et al., 2007). Fue desarrollado como

versión reducida del cuestionario KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer et al., 2001) y consta de 27 ítems puntuados mediante escala tipo Likert con valores numéricos de 1 hasta 5, acompañados de cinco anclajes verbales que valoran la frecuencia de comportamiento o sentimientos (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) y en algunos casos, la intensidad de la actitud (nada, un poco, moderadamente, mucho y muchísimo). Además incluye una pregunta abierta y otra de opción múltiple. Se divide en cinco dimensiones que contienen ítems que miden aspectos relacionados con: bienestar físico (dimensión 1: 5 ítems); bienestar psicológico (dimensión 2: 7 ítems); autonomía y relación con los padres (dimensión 3: 7 ítems); amigos y apoyo social (dimensión 4: 4 ítems) y entorno escolar (dimensión 5: 4 ítems). En la Tabla 7 se describen detalladamente estas dimensiones.

**Tabla 7. Descripción de las dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-27 (adaptado de Ravens-Sieberer et al. 2006)**

Dimensiones	Definición	Puntuaciones bajas	Puntuaciones altas
Bienestar físico	Esta dimensión explora el nivel de actividad física, energía y salud física. Además, evalúa el alcance con el que el niño o adolescente se siente enfermo o se queja de mala salud.	Físicamente exhausto, físicamente enfermo, no sentirse en forma, tener baja energía	Sentirse en forma, activo, sano, lleno de energía
Bienestar psicológico	Esta dimensión explora el bienestar psicológico mediante la evaluación de emociones positivas y satisfacción con la vida así como la ausencia de sentimientos como la soledad y la tristeza.	Insatisfacción con la vida, sentimientos depresivos, sentimientos de infelicidad, baja autoestima	Felicidad, visión positiva de la vida, satisfacción con la vida, equilibrio emocional
Autonomía y relación con los padres	Esta dimensión explora la calidad de la interacción con los padres o cuidadores así como si el niño o adolescente se siente querido y amparado por su familia. También evalúa el nivel de autonomía percibido así como la calidad de los recursos económicos percibidos.	Sensación de limitación, sentirse ignorado, sentirse no querido, sentir que su estilo de vida se ve limitado por aspectos económicos	Sentimientos positivos acerca de la relación con sus padres y de tener la edad apropiada para escoger libremente (hacer cosas por sí mismo, buena relación con los padres), sentirse satisfecho con los recursos económicos.
Soporte social y de amigos	Esta dimensión evalúa las relaciones sociales con los amigos y compañeros. Explora la calidad de estas relaciones así como el soporte percibido.	Sentirse excluido, no aceptado por los amigos y compañeros	Sentirse aceptado, apoyado e incluido en el grupo
Entorno escolar	Esta dimensión explora la capacidad cognitiva, el aprendizaje y la concentración percibida así como sus sentimientos acerca de la escuela. Además, explora la relación del niño o adolescente con sus maestros.	Rechazo a la escuela, sentimientos negativos hacia la escuela, no estar a gusto en la escuela	Sentirse feliz y a gusto en la escuela

Su validez de constructo es satisfactoria, su estructura explica el 56% de la variancia y la consistencia interna de cada una de las cinco dimensiones es óptima (alfa de Cronbach  $\geq 0,70$ ) (Robitail et al., 2007). Puede ser auto o heteroadministrado y el tiempo de administración requerido se estima entre 10 y 15 minutos. El marco temporal de las preguntas se sitúa en la última semana. Es un instrumento ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos de ámbito nacional e internacional para evaluar la CVRS percibida por la población infantil y adolescente sana y con problemas de salud crónicos. Asimismo, existe una versión para padres y cuidadores. Las puntuaciones más altas indican una mayor calidad de vida. Previamente, se contactó con el grupo europeo KIDSCREEN centralizado en Alemania, a través de su página web [www.kidscreen.org](http://www.kidscreen.org) para solicitar su utilización para finalidades académicas. También se solicitó su manual de uso para el análisis. Ver cuestionario KIDSCREEN-27 en anexo H.

La relación de las puntuaciones entre ambos cuestionarios se evaluó mediante la correlación de Pearson. La fuerza de esta correlación se interpretó como *débil* ( $\leq 0,29$ ), *baja* (0,30-0,49), *moderada* (0,50-0,69), *fuerte* (0,70-0,89) y *muy fuerte* (0,90-1,00) (Hinckle, Wiersma, & Jurs, 1998; Pett, 1997).

#### *Consideraciones éticas*

Se solicitó el consentimiento informado de los padres de todos los niños y niñas que participaron en la fase de construcción del cuestionario, en las pruebas de estabilidad temporal y aquellos a los que se les administró el cuestionario en los centros educativos. La encuesta fue totalmente anónima, excepto en el caso de las pruebas de estabilidad temporal. No obstante, se preservó siempre la confidencialidad de los datos y una vez emparejados los cuestionarios test-retest se eliminaron de la base de datos cualquier variable que permitiese identificar la identidad del niño o niña. La base de datos estuvo ubicada en el sistema operativo del centro de salud y protegida contra posibles copias. A esta base de datos únicamente tuvo acceso la investigadora principal del estudio (protegida con contraseña).

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, número del proyecto (P15/091) en anexo G y la autorización firmada de Carme Massa i Solé, la directora de centros del Consorci d'Educació de Barcelona.



## **RESULTADOS**

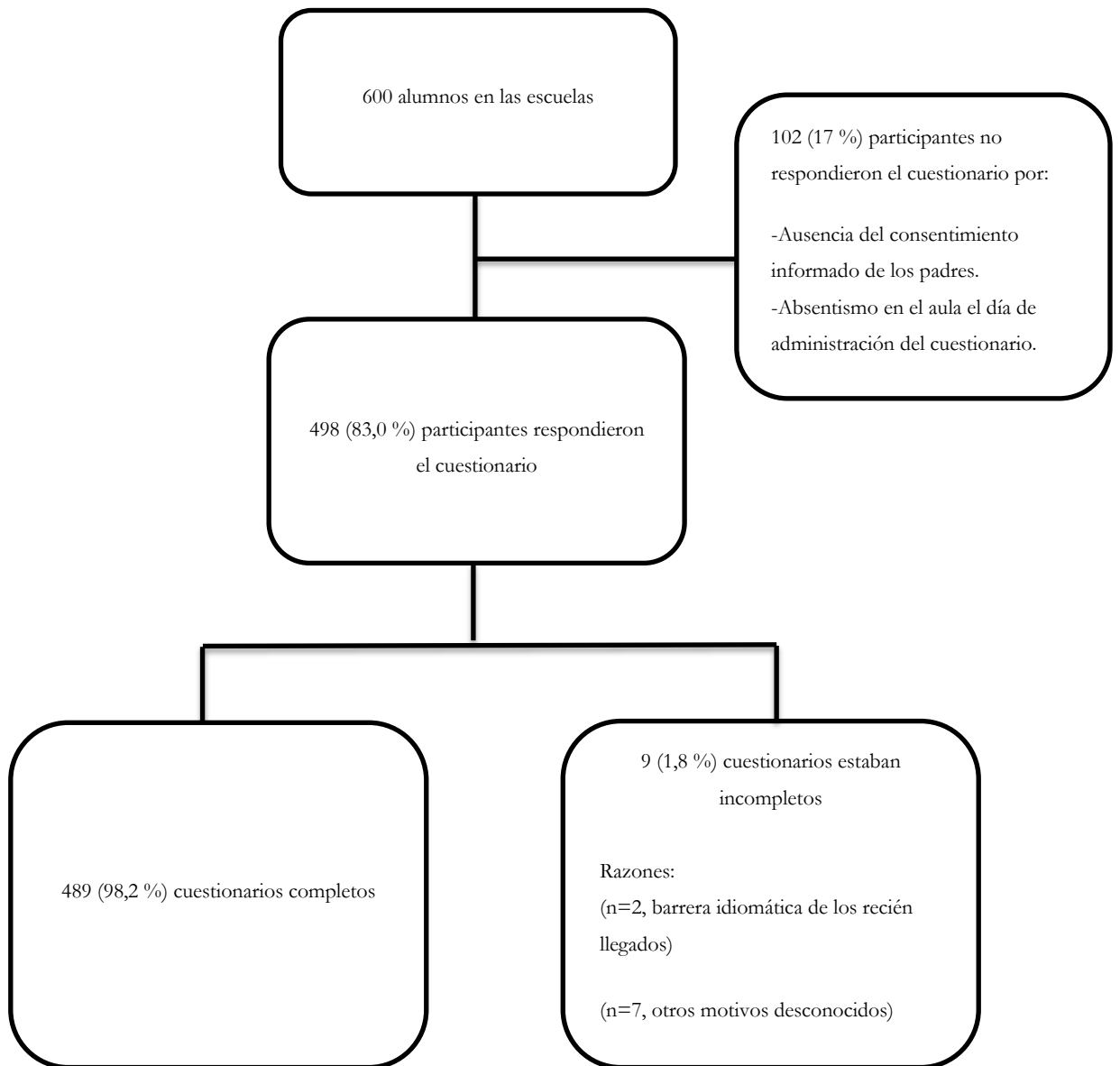
### **Prueba piloto**

Un total de 6 niños y 6 niñas de 3° a 6° curso de educación primaria; con edades comprendidas entre 8 y 12 años (2 niños y niñas de 8 años, 5 niños y niñas de 9 años, 2 niños y niñas de 10 años y 3 niños y niñas de 11 años) participaron en las entrevistas cognitivas. Todos ellos respondieron la totalidad de los ítems del cuestionario. Una vez analizados los resultados de la prueba piloto, fue preciso modificar el ítem 16 (“evito” por “me alejo” de los animales que están abandonados) en la versión preliminar, debido a la dificultad de comprensión en niños de 8 y 9 años. Una vez realizada esta modificación, se elaboró la versión definitiva del cuestionario. El tiempo medio requerido en la prueba piloto para completar ambos cuestionarios (KIDSCREEN-27 de 27 ítems y el CASPQ de 35 ítems) fue de 10-15 minutos en niños y niñas de 9 a 12 años y de 15-20 minutos en los de 8 años.

### **Tasa de respuesta**

De los 600 alumnos potenciales respondieron al cuestionario 498, con una tasa de respuesta del 83%. No respondieron al cuestionario 102 (17%) alumnos, mientras que 9 (1,5%) de ellos respondieron, pero no lo completaron en su totalidad, de manera que se obtuvieron un total de 489 cuestionarios válidos. Los motivos para no responder fueron: ausencia del consentimiento informado de los padres, absentismo en el aula el día de la administración y barrera idiomática de dos alumnos recién llegados, como puede verse la descripción de la tasa de respuesta en la Figura 3. Al comparar las características de ambos grupos, se observó que los 9 cuestionarios incompletos no presentaban diferencias estadísticamente significativas en comparación a los que estaban completos.

Figura 3. Descripción de la tasa de respuesta



### Características de las niñas y niños que completaron el cuestionario

Las características de los 489 alumnos de educación primaria que respondieron al total de ítems del cuestionario se presentan en la Tabla 8. La edad media fue de 10,2 años (DE 1,2). Un 81,2% tenía entre 8 y 11 años, y un 50,5% eran niñas. Se encontraron repitiendo 6º de primaria 3 (0,6%) alumnos. Por lo que respecta el origen de nacimiento de la madre y el padre son similares, mayoritariamente de nacionalidad española. Un 13,1-14,3% es procedente de América Latina y Caribe y un 2,5-2,7% de origen asiático. Por lo que se refiere a la situación laboral de los padres, 18 (3,6%) informaron que su padre no trabajaba, mientras que 57 (11,4%) indicaron que no trabajaba su madre. Por otro lado, 4 (0,8%) informaron que no trabajaban ninguno de los progenitores y 268 (54,8%) indican que trabajaba tanto el padre como la madre. Referente a la variable “comer solo”, 261 (53,4%) informaron que nunca comían solos en comparación a 56 (11,5%) que comen solos siempre o casi siempre.

**Tabla 8. Características de los alumnos de educación primaria que respondieron al total de ítems del cuestionario (n=489)**

<i>Variables del estudio</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Niñas</b>	247	50,5
<b>Según edad</b>		
8 años	44	9,0
9 años	112	22,9
10 años	130	26,6
11 años	111	22,7
12 años	89	18,2
13-14 años	3	0,6
<b>Origen de nacimiento de la madre</b>		
Cataluña	143	29,2
Resto de España	133	27,2
Europa Occidental	6	1,2
Europa Oriental	12	2,5
África	4	0,8
América Latina y Caribe	70	14,3
Asia	12	2,5
Sin información	109	22,3
<b>Origen de nacimiento del padre</b>		
Cataluña	129	26,4
Resto de España	144	29,4

\*DE, desviación estándar



**Tabla 8. Características de los alumnos de educación primaria que respondieron al total de ítems del cuestionario (continuación)**

<i>Variables del estudio</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Origen de nacimiento del padre</b>		
Europa Occidental	2	0,4
Europa Oriental	7	1,4
África	8	1,6
América del Norte	1	0,2
América Latina y Caribe	64	13,1
Asia	13	2,7
Sin información	121	24,7
<b>Situación laboral de los padres</b>		
No trabaja ninguno de los dos	4	0,8
Trabaja uno de los dos	103	21,2
Trabaja padre y madre	268	54,8
Sin información	114	23,3
<b>Clima en las comidas ¿Comes solo?</b>		
Siempre	39	8,0
Casi siempre	17	3,5
Alguna vez	30	6,1
Casi nunca	55	11,2
Nunca	261	53,4
Sin información	87	17,8

\*DE, desviación estándar

### Descripción de las respuestas y no respuestas a cada ítem

Del total de 498 cuestionarios administrados, la proporción de ítems sin respuesta osciló entre 0,2% y 1,6%. No se observó un patrón específico. En cuanto a los 489 cuestionarios incluidos en el análisis, solamente tres ítems (los ítems 1, 26 y 34) no presentaron respuestas en el total de las cinco opciones. La media de la puntuación global fue de 151,2 (DE, 11,50). En la Tabla 9 se describe la media y la DE de las puntuaciones observadas en cada ítem. Las medias oscilaron entre 2,95 (ítem 16: Me alejo de los animales que están abandonados) y 4,98 (ítem 1: Fumo). El efecto suelo en las respuestas se presentó en once ítems (ocho de la sección I y tres de la II) y el efecto techo en 23 ítems (11 de la sección I, siete de la II y cinco de la III). Un ítem no presentó ninguno de estos dos efectos (el ítem 6) y otro (el ítem 16) presentó los dos. En la Tabla 9, se muestran los efectos suelo y techo observados en cada ítem.

Un 71% de los valores observados de DE fueron cercanos a 1, por lo que se podría considerar que la variabilidad de las respuestas fue sustancial (Ware & Gandek, 1998). No obstante cinco ítems de la sección I (ítems 1, 3, 17, 18 y 20), dos ítems de la sección II (ítems 25 y 26) y tres ítems de la sección III (ítems 32, 33 y 34) presentaron una variabilidad inferior.

**Tabla 9. Estadísticos descriptivos de los 35 ítems del CASPQ adaptado (n=489).**

Ítems	Media	Desviación estándar	Efecto suelo (%)	Efecto techo (%)
<b>Sección I. Los requisitos de autocuidado universales</b>				
1. Fumo.	4,98	0,270	98,8	0,4
2. Bebo bebidas con cafeína (café, té, Coca-cola, Pepsi, Monster, Redbull...)	3,84	1,116	37,0	3,3
3. Me salto la comida del mediodía.	4,73	0,637	82,2	0,2
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de Frankfurt,...)	3,41	0,867	9,6	3,1
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	4,37	0,914	1,6	58,7
6. Como caramelos u otros dulces.	3,46	0,887	11,5	2,5
7. Como demasiado.	3,47	1,105	20,7	5,3
8. Me salto el desayuno.	4,58	0,879	76,7	1,4
9. Me ducho o baño cada día.	4,05	1,028	3,7	39,5
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	4,39	1,001	3,5	64,0
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	4,20	0,988	1,6	50,7
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	4,42	0,977	2,5	66,1
13. Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente.	3,98	1,127	42,3	4,5
14. Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	4,11	0,970	2,2	42,3
15. Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	4,33	1,130	5,5	65,2
16. Me alejo de los animales que están abandonados.	2,95	1,537	27,2	24,9
17. Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...).	4,92	0,454	95,7	0,8
18. Miro antes de cruzar una calle o carretera.	4,78	0,582	0,6	84,0
19. Desconfío de las personas desconocidas.	4,43	1,058	4,7	69,5
20. Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	4,89	0,515	1,0	94,5
<b>Sección II. Los requisitos de autocuidado de desarrollo</b>				
21. Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	4,41	0,742	0,8	53,4
22. Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	4,45	0,853	1,2	63,4
23. Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	4,04	1,078	44,4	3,3

**Tabla 9. Estadísticos descriptivos de los 35 ítems del CASPQ adaptado (continuación)**

Ítems	Media	Desviación estándar	Efecto suelo (%)	Efecto techo (%)
24. Cumpló las normas de mi casa.	4,46	0,723	0,6	56,2
25. Cumpló las normas de la escuela o colegio.	4,70	0,580	0,2	75,3
26. Le digo la verdad a mis padres.	4,50	0,678	0,0	58,9
27. Veo mucho la televisión (3 o más horas al día).	3,36	1,267	21,9	10,8
28. Aviso en casa a donde voy.	4,69	0,863	3,7	84,3
29. Cumpló con todas mis tareas.	4,37	0,789	1,2	51,5
30. Me meto con otros niños y niñas.	4,50	0,818	65,0	1,4
<b>Sección III. Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud</b>				
31. Me lavo las manos antes de comer.	4,53	0,810	1,0	67,9
32. Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	4,75	0,595	0,6	81,6
33. Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	4,88	0,421	0,2	90,4
34. Me lavo los dientes.	4,62	0,649	0,0	69,9
35. Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	4,66	0,740	1,0	77,9

**Nota:** Las medias se puntúan en una escala del 1 al 5. Una alta puntuación indica un mayor nivel de prácticas de autocuidado y una baja puntuación un mayor déficit de estas.

### Discriminación: comparación de grupos extremos

Todos los ítems presentaron una discriminación positiva. Los ítems 13, 15 y 27 fueron los que presentaron una mayor capacidad discriminativa, con índices de discriminación de al menos una categoría entre ambos grupos. En la tabla 10 se describen la puntuación media de cada grupo y el índice de discriminación de cada uno de los 35 ítems del cuestionario.

**Tabla 10. Índice de discriminación de los ítems comparando las puntuaciones medias de los grupos con puntuaciones extremas**

Ítems	Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)	Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)	Índice de discriminación (Diferencia de medias)
<b>Sección I. Los requisitos de autocuidado universales</b>			
1. Fumo.	5,00	4,96	0,04
2. Bebo bebidas con cafeína (café, té, Coca-cola, Pepsi, Monster, Redbull...)	4,23	3,40	0,82
3. Me salto la comida del mediodía.	4,93	4,49	0,44
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de Frankfurt,...)	3,72	3,13	0,59
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	4,77	3,95	0,82
6. Como caramelos u otros dulces.	3,84	3,11	0,73
7. Como demasiado.	3,93	2,96	0,97
8. Me salto el desayuno.	4,91	4,19	0,72
9. Me ducho o baño cada día.	4,43	3,58	0,85
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	4,85	3,88	0,96
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	4,65	3,74	0,91
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	4,82	3,94	0,88

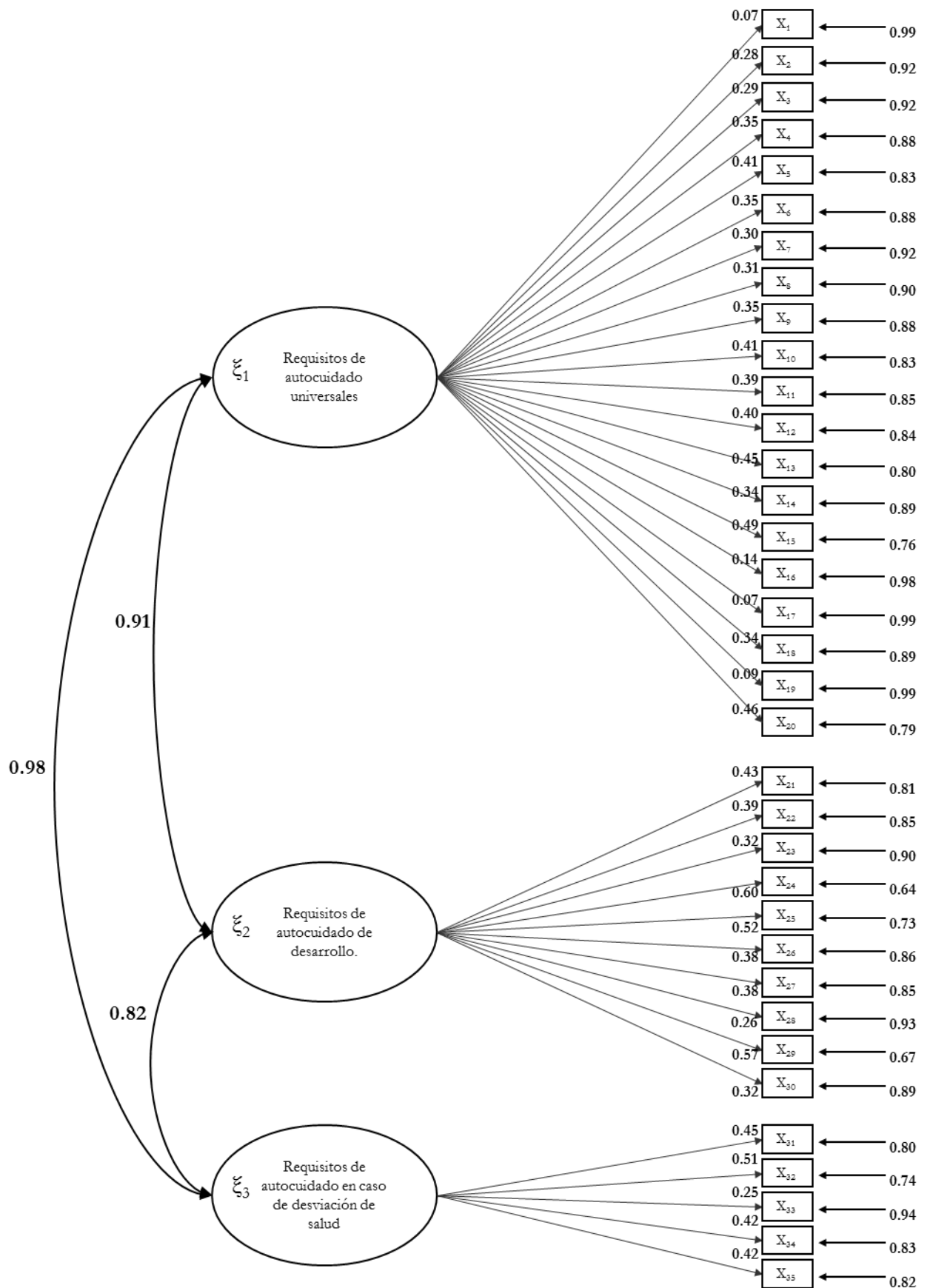
**Tabla 10. Índice de discriminación de los ítems comparando las puntuaciones medias de los grupos con puntuaciones extremas (continuación)**

Ítems	Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas (Media)	Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas (Media)	Índice de discriminación (Diferencia de medias)
13. Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente.	4,66	3,29	1,37
14. Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	4,49	3,71	0,78
15. Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	4,87	3,67	1,19
16. Me alejo de los animales que están abandonados.	3,35	2,54	0,81
17. Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...).	4,94	4,87	0,07
18. Miro antes de cruzar una calle o carretera.	4,97	4,59	0,38
19. Desconfío de las personas desconocidas.	4,62	4,22	0,40
20. Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	4,99	4,71	0,28
<b>Sección II. Los requisitos de autocuidado de desarrollo</b>			
21. Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	4,69	4,02	0,67
22. Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	4,75	4,00	0,75
23. Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	4,52	3,64	0,89
24. Cumplo las normas de mi casa.	4,83	4,05	0,79
25. Cumplo las normas de la escuela o colegio.	4,92	4,42	0,50
26. Le digo la verdad a mis padres.	4,81	4,18	0,62
27. Veo mucho la televisión (3 o más horas al día).	4,04	2,79	1,25
28. Aviso en casa a donde voy.	4,92	4,45	0,47
29. Cumplo con todas mis tareas.	4,76	3,98	0,77
30. Me meto con otros niños y niñas.	4,85	4,20	0,65
<b>Sección III. Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud</b>			
31. Me lavo las manos antes de comer.	4,90	4,06	0,85
32. Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	4,95	4,44	0,51
33. Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	4,97	4,80	0,18
34. Me lavo los dientes.	4,88	4,33	0,56
35. Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	4,90	4,36	0,54

### Pruebas basadas en la estructura factorial

El método elegido fue el de máxima verosimilitud (ML) robusto o de media ajustada (MLM). Se eligió este método para paliar los posibles sesgos que se podrían producir en las estimaciones debido al importante efecto techo y suelo observado en las respuestas. Se construyó un modelo de tres factores basado en las tres secciones del CASPQ. En la Figura 4 se representa el modelo junto con los parámetros estimados. Un total de cuatro ítems (1, 16, 17 y 19) presentaron cargas factoriales estandarizadas inferiores a 0,20.

Figura 4. Diagrama de senderos del modelo estimado con los parámetros estandarizados



En la Tabla 11 se muestran los índices de bondad de ajuste del modelo estimados. Los índices absolutos fueron óptimos; por el contrario, los índices de ajuste comparativo no fueron satisfactorios.

**Tabla 11. Índices de bondad de ajuste del modelo**

Índices de ajuste	Resultado
<b>Índices de ajuste absolutos</b>	
Valor ji cuadrado	916,948 <sup>a</sup>
Grados de libertad	557
Valor ji cuadrado/grados de libertad	1,646
SRMR	0,055
RMSEA	0,036 (IC del 90%, 0,033-0,040)
<b>Índices de ajuste comparativo</b>	
CFI	0,751
TLI	0,734

SRMR: *Standardized Root Mean square Residual*; RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*; CFI: *Comparative Fit Index*; TLI: *Tucker-Lewis index*; IC: *Intervalo de Confianza*.

<sup>a</sup> $p < 0,001$

### Consistencia interna global

La consistencia interna global de las puntuaciones de los 35 ítems del cuestionario fue satisfactoria ( $\alpha = 0,816$ ; IC del 95%, 0,792-0,838). Ninguno de los ítems alteraba significativamente la consistencia del instrumento como puede verse en Tabla 12. Mayoritariamente, las correlaciones ítem-total corregida fueron moderadas, no obstante, se observó que 4 (11,4%) ítems presentaban una correlación ítem-total corregida débil (inferior a 0,20), siendo estas positivas. Los cuatro ítems pertenecían a la sección I del cuestionario.

**Tabla 12. Descripción de la correlación ítem-total corregida y del coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento de cada uno de los 35 ítems del cuestionario.**

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Variación de la escala si se elimina un elemento	Correlación ítem-total dirigida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Factor I. Los requisitos de autocuidado universales</b>				
1. Fumo.	146,2	131,6	0,071	0,816
2. Bebo bebidas con cafeína (café, té, Coca-cola, Pepsi, Monster, Redbull...)	147,4	124,1	0,274	0,813
3. Me salto la comida del mediodía.	146,5	128,1	0,250	0,813
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de Frankfurt,...)	147,8	124,8	0,341	0,810
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	146,8	123,8	0,367	0,809
6. Como caramelos u otros dulces.	147,7	124,6	0,340	0,810
7. Como demasiado.	147,7	124,1	0,278	0,813
8. Me salto el desayuno.	146,6	125,9	0,277	0,812

**Tabla 12. Descripción de la correlación ítem-total corregida y del coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el elemento de cada uno de los 35 ítems del cuestionario (continuación)**

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Variación de la escala si se elimina un elemento	Correlación ítem-total dirigida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. Me ducho o baño cada día.	147,2	124,4	0,289	0,812
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	146,8	123,4	0,346	0,810
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	147,0	123,3	0,356	0,809
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	146,8	123,6	0,348	0,810
13. Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente.	147,2	120,2	0,431	0,806
14. Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	147,1	124,8	0,294	0,812
15. Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	146,9	120,4	0,422	0,807
16. Me alejo de los animales que están abandonados.	148,3	125,2	0,133	0,824
17. Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...).	146,3	131,2	0,073	0,817
18. Miro antes de cruzar una calle o carretera.	146,4	127,8	0,302	0,812
19. Desconfío de las personas desconocidas.	146,8	128,6	0,099	0,820
20. Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	146,3	127,1	0,408	0,810
<b>Factor II. Los requisitos de autocuidado de desarrollo</b>				
21. Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	146,8	125,5	0,366	0,810
22. Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	146,7	124,8	0,344	0,810
23. Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	147,2	124,3	0,277	0,813
24. Cumplo las normas de mi casa.	146,8	123,9	0,478	0,807
25. Cumplo las normas de la escuela o colegio.	146,5	126,4	0,411	0,810
26. Le digo la verdad a mis padres.	146,7	126,7	0,325	0,811
27. Veo mucho la televisión (3 o más horas al día).	147,9	120,4	0,365	0,809
28. Aviso en casa a donde voy.	146,5	126,7	0,240	0,813
29. Cumplo con todas mis tareas.	146,8	123,3	0,467	0,806
30. Me meto con otros niños y niñas.	146,7	126,2	0,284	0,812
<b>Factor III. Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud</b>				
31. Me lavo las manos antes de comer.	146,7	124,4	0,389	0,809
32. Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	146,5	125,7	0,453	0,809
33. Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	146,3	130,1	0,199	0,814
34. Me lavo los dientes.	146,6	126,4	0,362	0,810
35. Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	146,6	125,5	0,367	0,810

### Consistencia interna de los factores

Los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones de las diferentes secciones del CASPQ adaptado, indican una consistencia interna en el factor I y II próxima a 0,70 y en el factor III de 0,495 (ver Tabla 13).

**Tabla 13. Descripción de la consistencia de las puntuaciones de los factores del cuestionario**

Factor	Número de ítems*	Media	Desviación estándar	Consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario	Intervalo de confianza del 95%
I	20	84,303	7,067	0,676	0,633-0,716
II	10	43,478	4,169	0,638	0,588-0,684
III	5	23,442	1,888	0,495	0,420-0,562

En la tabla 14 se describen las correlaciones de cada ítem con la puntuación total, excluido el propio ítem. Un total de cuatro ítems (los 1, 16, 17 y 19) del factor I y un ítem (el 28) del factor II presentaron correlaciones inferiores a 0,20.

**Tabla 14. Descripción de la correlación ítem-total y del coeficiente alfa de Cronbach de cada factor del cuestionario.**

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Variación de la escala si se elimina un elemento	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Factor I. Los requisitos de autocuidado universales</b>				
1. Fumo.	79,3	49,6	0,074	0,677
2. Bebo bebidas con café (café, té, Coca-cola, Pepsi, Monster, Redbull....)	80,5	44,8	0,255	0,665
3. Me salto la comida del mediodía.	79,6	47,5	0,237	0,667
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de Frankfurt,...)	80,8	45,5	0,313	0,659
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	79,9	44,7	0,360	0,654
6. Como caramelos u otros dulces.	80,8	45,4	0,314	0,659
7. Como demasiado.	80,8	45,4	0,223	0,669
8. Me salto el desayuno.	79,7	46,1	0,255	0,665
9. Me ducho o baño cada día.	80,3	45,4	0,252	0,665
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	79,9	45,2	0,279	0,662
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	80,1	44,7	0,320	0,657
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	79,9	44,5	0,348	0,654
13. Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente.	80,3	42,6	0,412	0,645
14. Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	80,2	45,8	0,243	0,666
15. Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	79,9	43,4	0,355	0,652
16. Me alejo de los animales que están abandonados.	81,3	44,9	0,127	0,692
17. Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...).	79,4	49,3	0,073	0,677
18. Miro antes de cruzar una calle o carretera.	79,5	47,4	0,271	0,666
19. Desconfío de las personas desconocidas.	79,8	47,4	0,096	0,683
20. Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	79,4	47,1	0,372	0,661
<b>Factor II. Los requisitos de autocuidado de desarrollo</b>				
21. Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	39,1	15,0	0,313	0,612
22. Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	39,0	15,1	0,233	0,628
23. Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	39,4	13,9	0,276	0,624
24. Cumplo las normas de mi casa.	39,0	14,4	0,453	0,587
25. Cumplo las normas de la escuela o colegio.	38,7	15,0	0,447	0,596
26. Le digo la verdad a mis padres.	38,9	15,4	0,292	0,617
27. Veo mucho la televisión (3 o más horas al día).	40,1	13,2	0,281	0,631
28. Aviso en casa a donde voy.	38,8	15,5	0,166	0,642
29. Cumplo con todas mis tareas.	39,1	14,0	0,467	0,580
30. Me meto con otros niños y niñas.	38,9	14,8	0,297	0,615
<b>Factor III. Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud</b>				
31. Me lavo las manos antes de comer.	18,9	2,3	0,234	0,476
32. Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	18,7	2,5	0,368	0,380
33. Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	18,6	3,0	0,237	0,466
34. Me lavo los dientes.	18,8	2,5	0,289	0,426
35. Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	18,8	2,4	0,263	0,446

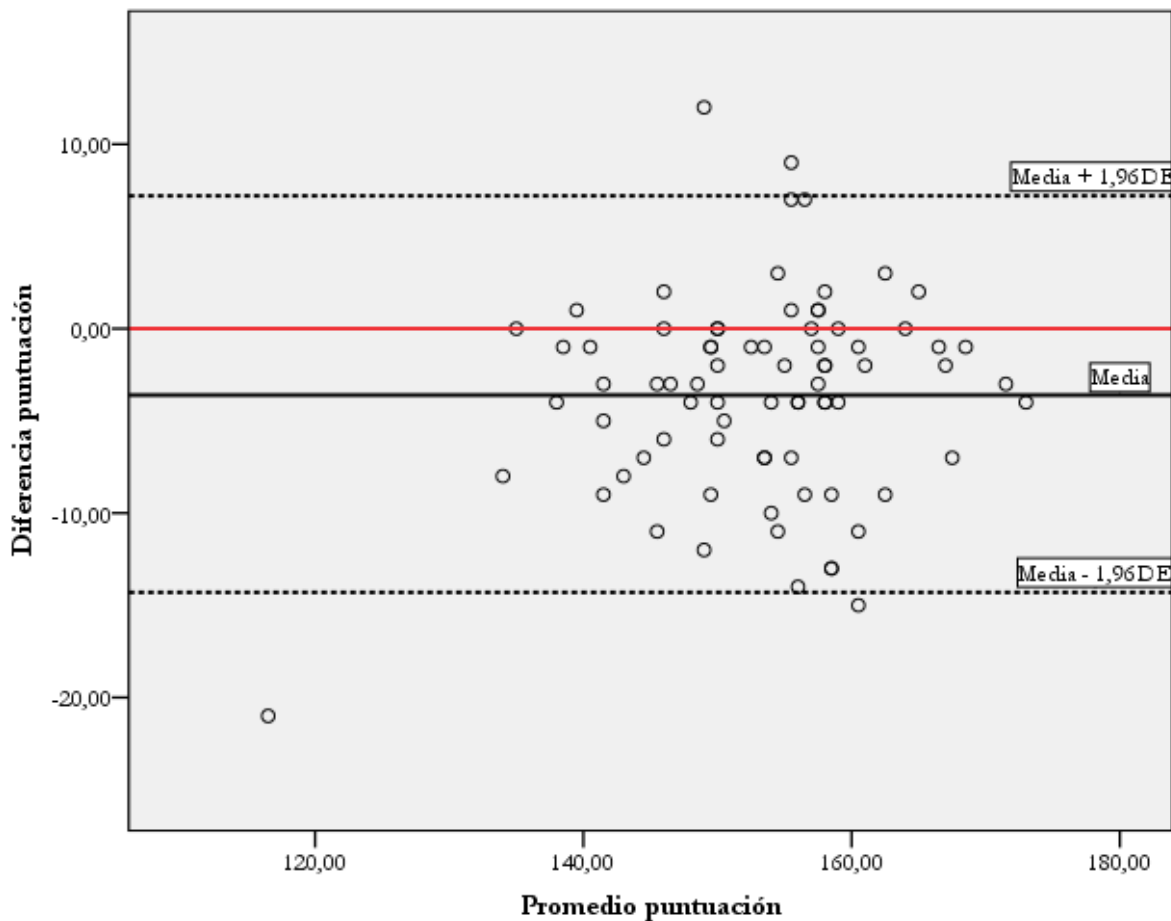


## Estabilidad temporal

En las pruebas de estabilidad temporal participaron 90 alumnos y alumnas del centro educativo Verns. El 93,3% de los participantes respondieron de nuevo el cuestionario 15 días después de haber respondido el primero. En total, 78 (93%) alumnos y alumnas respondieron a todos los ítems en ambas administraciones. El tiempo que necesitaron los alumnos y alumnas para completar el cuestionario posttest fue entre 5 y 10 minutos.

La diferencia media entre ambas administraciones fue -3,56 puntos (DE, 5,49). El intervalo de confianza del 95% de esta diferencia se situó entre -14,33 a 7,20 puntos. El 95% de las diferencias observadas se encontraba dentro de este intervalo, por lo que la concordancia entre ambas puntuaciones fue óptima (ver Figura 5).

**Figura 5. Diferencia entre las puntuaciones observadas entre ambas administraciones del CASPQ (n=78)**



DE, desviación estándar

Respecto a la estabilidad temporal de las puntuaciones de cada una de las secciones del cuestionario, los coeficientes de acuerdo fueron superiores a 0,70 (ver Tabla 15).

**Tabla 15. Descripción del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) de acuerdo e Intervalo de Confianza (IC) del 95% de los factores del cuestionario CASPQ (n=78)**

Requisitos de autocuidado	CCI	IC del 95%
Factor I. Los requisitos de autocuidado universales de Orem	0,870 <sup>a</sup>	0,704-0,933
Factor II. Los requisitos de autocuidado de desarrollo	0,844 <sup>a</sup>	0,687-0,914
Factor III. Los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud	0,823 <sup>a</sup>	0,723-0,887

<sup>a</sup> $P < 0,001$

#### Pruebas basadas en la relación con otras variables

Las puntuación global del CASPQ mostró una asociación positiva con las cinco dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-27 (ver Tabla 16). La fuerza de esta asociación fue moderada en el caso de la dimensión “entorno escolar” y baja o débil en el resto de dimensiones.

**Tabla 16. Correlaciones entre la suma de puntuaciones del cuestionario KIDSCREEN-27 y el CASPQ (n=489).**

Suma de puntos de las dimensiones del instrumento KIDSCREEN-27	Suma de puntuaciones del CASPQ
Bienestar físico	$r=0,328^a$
Bienestar psicológico	$r=0,339^a$
Autonomía y relación de los padres	$r=0,312^a$
Amigos y apoyo social	$r=0,241^a$
Entorno escolar	$r=0,531^a$

<sup>a</sup> $P < 0,01$



## DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos el CASPQ, adaptado al contexto de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España, permite medir de forma fiable y válida el desarrollo de las prácticas de autocuidado en esta población y muestra propiedades métricas aceptables y similares a las del cuestionario original. Los ítems del cuestionario presentaron una capacidad discriminativa óptima. El análisis factorial confirmatorio de su estructura teórica de tres factores mostró un ajuste suficiente. La consistencia interna global fue satisfactoria, aunque la consistencia interna individual de cada uno de los factores fue marginal o moderada. Por otro lado, se constató la relación esperada de las puntuaciones del cuestionario con diferentes variables relacionadas con el desarrollo del CASPQ. Las puntuaciones de cada uno de los factores del cuestionario fueron estables en el tiempo, presentando unos coeficientes de acuerdo óptimos (Streiner & Norman, 2003).

### Pruebas basadas en el proceso de respuesta

La tasa de respuesta fue muy superior al 70%, que puede calificarse como excelente, si se considera el estándar deseable para la validez externa (Burns et al., 2008). Aunque esta tasa es superior a la observada en la adaptación chilena (Jaimovich et al., 2009), no ha sido posible compararla con la tasa de respuesta del cuestionario original, ya que el estudio Moore (1995) no aporta información sobre este dato. Tampoco puede ser comparada con otros estudios de validación de instrumentos similares, debido a que el muestreo utilizado es de conveniencia (Baldwin & Lindsey, 1989; Bray et al., 2003; Hendricks et al., 2006; Keller et al., 2005). Es posible que la alta tasa de respuesta obtenida se deba a la administración grupal y en situación controlada del cuestionario, así como a una adecuada realización de la prueba piloto.

El tamaño muestral del presente estudio es similar al estudio de validación del instrumento original (Moore, 1995), al de su versión chilena (Jaimovich et al., 2009) y al de otros estudios similares (Bray et al., 2003; Gaffney & Moore, 1996; Moore & Gaffney, 1989). Por otro lado, la proporción de no respuesta a cada ítem fue baja (osciló entre el 0,2% y el 1,6%) y no se observó ningún patrón específico. En consecuencia, se podría concluir que la aceptabilidad de cuestionario fue buena y los alumnos y alumnas no presentaron dificultades a la hora de completarlo.

La variabilidad de la mayor parte de los ítems fue considerable. Este es un aspecto importante, ya que la principal función de un ítem es dar información que permita diferenciar a las personas en función del constructo evaluado. Una variabilidad pequeña en las respuestas a un ítem puede indicar que éste no tiene capacidad de identificar todas las posibles diferencias entre las personas evaluadas. No obstante, el ítem 18 «Miro antes de cruzar una calle o carretera» y el ítem 20 «Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche» presentaron una variabilidad inferior, pudiéndose ser debido a las actuales medidas de educación vial que se realizan en los colegios y la concienciación de la sociedad. El ítem 3 «Me salto la

comida» presenta una variabilidad inferior, ya que no constituye una conducta habitual en el contexto dónde se ha realizado este estudio. Por el contrario, el ítem 8 «Me salto el desayuno», presenta una variabilidad satisfactoria, siendo éste un ítem considerado en numerosos estudios como un buen indicador del sobrepeso y la obesidad infantil (Berta, Fugas, Walz, & Martinelli, 2015; Henríquez et al., 2008). Con respecto al ítem 1 «Fumo» y al 17 «Consumo bebidas con alcohol», ambos presentan una variabilidad inferior, que puede deberse a la franja de edad de la muestra estudiada y al contexto en el que se realizó el estudio. Por otro lado, los ítems 25 «Cumpló las normas de la escuela o colegio», 26 «Le digo la verdad a mis padres», 32 «Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera», 33 «Aviso a mis padres cuando me encuentro mal» y 34 «Me lavo los dientes», son susceptibles al efecto de la aquiescencia o deseabilidad social, que provoca que los encuestados respondan en base a lo socialmente esperado o aceptado (Streiner & Norman, 2003).

La mayoría de las puntuaciones de los ítems presentaban un efecto techo o suelo. Cabe destacar que en la sección I, que evalúa los requisitos de autocuidado universales relacionados con sus prácticas de autocuidado, todos los ítems menos uno presentan efecto suelo o techo. Una posibilidad para disminuir este efecto sería incrementar las opciones de respuesta al ítem, de manera que aumentase su capacidad discriminativa, aunque esta modificación supondría la imposibilidad de comparar las puntuaciones con las obtenidas mediante el cuestionario original.

### **Capacidad discriminativa de los ítems del cuestionario adaptado**

Todos los ítems presentaron un índice de discriminación positiva, lo que confirma su validez para discriminar entre los alumnos participantes que llevan a cabo prácticas de autocuidado y los que no. El ítem 13 «Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente», el 15 «Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)» y el 27 «Veó mucho la televisión (3 o más horas al día)», fueron los que presentaron un mejor índice discriminativo y los que mayor peso tienen en la determinación de mayores puntuaciones globales y, por lo tanto, con una mayor adopción de prácticas de autocuidado.

Las causas de que los alumnos y alumnas presentaran un mayor cansancio al día siguiente, por acostarse tarde los días de colegio, podría deberse a la disponibilidad de dispositivos con pantallas en el dormitorio (televisión, ordenador, videoconsola, tabletas...), que también se asocian, según muestras algunos estudios (Chaput et al., 2014), a una adiposidad significativamente mayor, una menor eficiencia del sueño, una disminución de la actividad física (moderada-vigorosa) y un aumento del sedentarismo (O'Connor et al., 2013). Las repercusión sobre el no uso de los cascos en las bicicletas y la magnitud del problema de los traumatismos causados por accidentes de tránsito, son evaluados en el informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños, siendo de gran importancia la promoción de la seguridad

para disminuirlas (Organización Mundial de la Salud, 2012). Otros ítems con índices de discriminación muy cercanos a 1, son el ítem 7 «Como demasiado», 10 «Me lavo las manos después de ir al baño» y 11 «Hago ejercicio físico o deporte cada día». Estos aspectos son especialmente importantes para la planificación de intervenciones dirigidas a la promoción del autocuidado, ya que el instrumento puede identificar de manera adecuada aquellos alumnos y alumnas que presentan un déficit en estas prácticas.

### **Estructura factorial del cuestionario**

En la estructura factorial, los ítems 1, 16, 17 y 19, presentaron cargas factoriales inferiores a 0,20. Estos cuatro ítems pertenecen al factor I: “Requisitos de autocuidado universales”. El hecho de que estos requisitos sean diversos y dependan del contexto, de la edad y del sexo, ha podido contribuir a que algunos ítems tengan un peso menos importante que otros. Algunos autores sugieren que estos ítems, que tienen una relación débil con la variable latente, pueden ser suprimidos (Tavakol & Dennick, 2011); no obstante, son relevantes para determinar las prácticas de autocuidado de los niños y las niñas. El ítem 1 «Fumo» y el 17 «Consumo bebidas con alcohol», son esenciales y no se pueden obviar, debido a que se refieren a conductas con un fuerte impacto en la salud de la población infantil (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008). En este sentido, cabe destacar que el consumo de alcohol y tabaco se inicia cada vez a más temprana edad y se encuentra subestimado (Alonso-Castillo et al., 2017; Mikláňková et al., 2014; Villarreal et al., 2013). Por otra parte, aunque el presente estudio se ha realizado en una muestra de población infantil en el ámbito urbano, se considera que sería interesante su ampliación al ámbito rural, donde probablemente, el ítem 16 «Me alejo de los animales que están abandonados» pueda presentar una mayor correlación. La mordedura por animales abandonados, especialmente la mordedura canina, es un problema de salud pública cuyas principales víctimas son los niños. Además de las lesiones físicas provocadas, puede también causar la transmisión de enfermedades infecciosas como la rabia, la pasteurelisis o el tétanos, entre otras. Según algunos estudios realizados en España, los niños menores de 14 años presentan un riesgo cuatro veces mayor de ser mordidos que el resto de grupos de edad (Palacio, León, & García-Belenguer, 2005). De ahí, la importancia de la promoción de conductas y pautas generales de prevención en los niños ante animales abandonados. Asimismo, el ítem 19 «Desconfío de las personas desconocidas» es también muy relevante, ya que los niños y niñas deben saber cómo identificar y evitar el contacto con personas desconocidas, especialmente en Internet (Smahel & Wright, 2014). Por todo ello, la débil carga factorial de estos ítems no compromete la validez del modelo factorial.

Los índices de ajuste evalúan la semejanza entre el modelo teórico propuesto y los datos empíricos. Respecto a los índices absolutos, la prueba de ji cuadrado fue estadísticamente significativa, lo que sugiere un pobre ajuste del modelo. En las soluciones factoriales del cuestionario original (Moore, 1995) y de la versión chilena (Jaimovich et al., 2009) también se observa un prueba ji cuadrado estadísticamente significativa. No obstante, aunque se trata de una prueba tradicionalmente usada para evaluar el ajuste

absoluto del modelo, su uso está muy cuestionado, ya que es muy sensible al tamaño de la muestra (Brown, 2006). Sin embargo, la razón entre el valor  $\chi^2$  cuadrado y los grados de libertad fue adecuada, lo que sugiere un buen ajuste del modelo. Este índice fue inferior al estimado en el modelo factorial del cuestionario original, donde alcanza un valor superior a 3, de manera que el ajuste del modelo factorial del cuestionario adaptado fue mejor que el del modelo original. El valor de la SRMR fue óptimo, por lo que el ajuste entre las correlaciones observadas y las predichas por el modelo fue adecuado. La RMSEA evalúa el ajuste del modelo a la población; el valor superior del IC del 90% de este estimador fue inferior a 0,05, lo que indica un buen ajuste. Ninguno de estos dos índices fue estimado en el estudio de validación del cuestionario original y de la versión chilena, por lo que, no es posible su comparación. En cuanto a los índices de ajuste comparativo, tanto el CFI como el TLI no fueron satisfactorios, indicando la existencia de un modelo más simple al que se le pueden aplicar los datos. No es tarea fácil decidir sobre el ajuste o el desajuste del modelo factorial a los datos, especialmente si como en este caso las diferentes medidas de ajuste apuntan a conclusiones contradictorias (Schermele-Engel & Moosbrugger, 2003). Sin embargo, en análisis de enfoque confirmatorio, como el presente estudio, cuando el objetivo es determinar si un modelo ajusta lo suficientemente bien como para producir parámetros interpretables y para proporcionar una base para desarrollos teóricos adicionales, la interpretación de la RMSEA puede ser la mejor opción; por el contrario, en análisis de enfoque exploratorio el CFI sería más adecuado (Rigdon, 1996). Por todo ello, se considera suficiente el ajuste del modelo factorial analizado. Por otra parte, aunque tanto Moore (1995) como Jaimovich et al. (2009) además de evaluar la estructura teórica de tres factores, evaluaron otras estructuras factoriales, de diez y ocho factores respectivamente, no se ha considerado confirmar estas estructuras, debido a que varios de estos factores están configurados únicamente por dos ítems, mientras que se recomienda un mínimo de tres ítems por factor (Brown, 2006). Así mismo, hubiera sido interesante medir la invariancia entre el modelo de tres factores analizado por Moore (1995) y el del cuestionario adaptado; pero en este estudio no fue posible, debido a que no se disponía de datos suficientes del estudio de validación del cuestionario original, por lo que, queda pendiente su realización en estudios futuros.

### **Consistencia interna de las puntuaciones**

La consistencia interna global de las puntuaciones fue satisfactoria ( $\alpha \geq 0,70$ ) y similar, tanto a la observada en el cuestionario original ( $\alpha = 0,83$ ), como en la versión para población chilena ( $\alpha = 0,82$ ) (Jaimovich et al., 2009). No obstante, no se han podido comparar los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones de los diferentes factores con las del cuestionario original debido a que Moore (1995) solamente informa de la consistencia interna global.

Por lo que se refiere a las correlaciones ítem-total corregidas fueron positivas, solamente cuatro ítems del factor I presentaron correlaciones ítem-total inferiores a 0,20, los ítems 1, 16, 17 y 19, los

mismos que presentaron cargas factoriales inferiores a 0,20. Tal y como se ha comentado anteriormente, aunque estos ítems podrían ser eliminados desde un punto de vista teórico, desde el punto de vista clínico es esencial mantenerlos.

Los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones de cada uno de los tres factores del CASPQ adaptado fueron inferiores a 0,70. Solamente el IC del 95% de la estimación puntual del coeficiente de consistencia interna del factor I incluía el valor 0,70. No obstante, la fiabilidad no es un índice constante de un cuestionario, sino que es una característica de sus puntuaciones, de manera que es dependiente de la población en la que el cuestionario ha sido administrado. Cuanto más heterogénea es la población, mayor es la variabilidad en sus respuestas y mayor es la fiabilidad (Streiner, 2003b). Aunque el cuestionario puede administrarse a niños y adolescentes hasta 18 años, la población de estudio solamente incluyó alumnos y alumnas hasta 14 años de una única zona de salud, lo que ha podido suponer una menor variabilidad en las respuestas, como indican los importantes efectos suelo y techo observados, que ha influido en los coeficientes de consistencia interna estimados. Sería necesario efectuar estudios en poblaciones con más amplios intervalos de edad y de contextos más heterogéneos, para poder determinar con más precisión la consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario y los posibles factores que la condicionan.

Por otra parte, el coeficiente de consistencia interna no solamente depende de la magnitud de la correlación entre los ítems, sino también del número de ítems. Se puede mejorar el coeficiente simplemente aumentando el número de ítems (Streiner & Norman, 2003; Tavakol & Dennick, 2011). Por esta razón, los factores I (20 ítems) y II (10 ítems) presentaron los coeficientes más elevados, mientras que el factor III (5 ítems) es el más bajo.

Además, las prácticas de autocuidado incluyen un número de actividades de carácter muy diverso. Consecuentemente, los ítems que miden dichas prácticas pueden presentar un cierto grado de heterogeneidad entre sí. En consecuencia, estaríamos delante de un instrumento en el que los ítems representan más la causa del factor o dimensión que el efecto. En este tipo de instrumentos no es necesario que los ítems estén fuertemente correlacionados; por lo que la consistencia interna no es una propiedad métrica especialmente relevante (Mokkink et al., 2010a; Streiner, 2003a, 2003b).

### **Estabilidad temporal**

La estabilidad temporal es una propiedad métrica esencial debido a que permite evaluar el grado en el que un instrumento produce resultados estables en el tiempo, bajo el presupuesto de que no se ha producido ningún cambio en el constructo que se evalúa. A pesar de ello, ninguno de los estudios de la revisión sistemática realizada evaluó las propiedades de la estabilidad temporal. En el presente estudio se evaluó el



grado de acuerdo entre las dos administraciones con un intervalo de 15 días. Encontramos una estabilidad temporal óptima en la dimensión I y la sección III. La sección II a pesar de que el intervalo de confianza es ligeramente inferior (0,685) al recomendado  $>0,70$ , el grado de acuerdo es óptimo. A nivel global, puede considerarse que el CASPQ adaptado es un instrumento que presenta una adecuada estabilidad temporal.

### **Relación de las puntuaciones con otras variables**

Si un instrumento mide un constructo de forma válida, se espera que esta medida se relacione adecuadamente con aquellos instrumentos que evalúan el mismo constructo o mantienen una asociación conocida. En este estudio se analizó la relación de las puntuaciones del cuestionario adaptado con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) percibida por los participantes.

La suma de las puntuaciones del cuestionario adaptado presentó una asociación positiva con las puntuaciones de las cinco dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-27. Las correlaciones observadas entre la puntuación total del cuestionario adaptado y las dimensiones de “bienestar físico” y “psicológico” fueron bajas. Un estudio reciente (Annesi et al., 2016) realizado en Estados Unidos, muestra mejoras significativas en el bienestar físico (fuerza muscular y cardiovascular) relacionados con entornos escolares saludables y promotores de actividad física, junto con alimentación saludable en niños de 5 a 8 años. Por otro lado, son escasos los estudios que evalúan el impacto en el bienestar psicológico (Annesi et al., 2016; Duda et al., 2014). Las puntuaciones de la dimensión “amigos y apoyo social” presentaron una correlación débil con las prácticas de autocuidado, debido, probablemente, a que los niños entre 8 y 12 años todavía se encuentran influenciados por el núcleo familiar y, según diferentes estudios (Mize, 2017; Patton & Viner, 2007; Silva, 2006), es a partir de la adolescencia (a partir de los 13 años) cuando se produce una búsqueda de identidad y de apoyo fuera del núcleo familiar, social y amigos. Un estudio (Quaresma et al., 2014) muestra el efecto de intervenciones en la escuela mediante el apoyo social y parental para la motivación, en la actividad física con efectos positivos indirectos en el incremento de la actividad física y la calidad de vida en niños de 10 a 16 años. En otro trabajo (Donnelly & Springer, 2015), se encuentran relaciones positivas en el balance de energía nutricional, en relación con los comportamientos, en niños de 10 a 12 años.

La dimensión “entorno escolar” presentó una correlación moderada con las prácticas de autocuidado. Son numerosos los trabajos (Heelan, Bartee, Nihiser, & Sherry, 2015; Williamson et al., 2012) dedicados a estudiar la influencia de los entornos escolares saludables y su relación con el autocuidado en población infantil. La mayoría de ellos realizan intervenciones cuando la obesidad ya está instaurada, pero son pocos los que introducen intervenciones para la promoción de la salud y el autocuidado en niños sanos. Una revisión sistemática y metaanálisis reciente (Langford et al., 2015) muestra efectos pequeños, pero potencialmente importantes, de las escuelas promotoras de salud y entornos escolares saludables, en la salud y autocuidado de la población infantil sana. Un estudio reciente,

realizado en los Países Bajos (Remmers, Van Kann, Thijs, de Vries, & Kremers, 2016), muestra entornos favorecedores y promotores de la actividad física y un incremento en tiempo y distancia de esta actividad en niños de 8 a 11 años.

En el campo de la literatura científica, el autocuidado es un constructo complejo que no ha sido claramente conceptualizado. Existe una amplia terminología relacionada con este concepto en la atención de salud. La falta de un consenso taxonómico constituye una dificultad para unificar su conocimiento y comprensión, así como para evaluar su contribución a la mejora del bienestar y de la salud. A pesar de que las pruebas científicas disponibles sobre el constructo de autocuidado aún son escasas, debe considerarse como una parte integral de la investigación en conductas promotoras de salud, basada en dos elementos clave: el contexto y el significado para la persona.

### **Limitaciones del estudio**

El presente estudio presenta algunas limitaciones, entre las que cabe destacar, en primer lugar, las atribuibles a la falta de unificación de la taxonomía del concepto de autocuidado, lo que ha dificultado aunar el conocimiento y la comprensión de este constructo y su evaluación. No obstante, el hecho de que el instrumento adaptado se fundamente en una sólida teoría, como es la de Orem, contribuye a paliar esta posible limitación. En segundo lugar, no se pudo determinar la validez de criterio del instrumento, debido a que no se identificó ningún otro que pudiera servir como medida de referencia (*gold standard*). No obstante, se estudió la relación de las puntuaciones con un constructo estrechamente relacionado con el autocuidado, como es la CVRS. En tercer lugar, aunque la sensibilidad al cambio es una propiedad métrica relevante para la calidad de un instrumento, esta no fue evaluada en este estudio siendo necesario llevarla a cabo en futuras investigaciones, en cambio sí se evaluó la estabilidad temporal que es una propiedad esencial que permite evaluar el grado en que un instrumento produce resultados estables en el tiempo, propiedad que es necesario conocer antes de determinar la sensibilidad al cambio. En cuarto lugar, el ámbito de estudio se limitó a una única zona geográfica de la ciudad de Barcelona; no obstante, el nivel socioeconómico y las características culturales de esta demarcación se asemejan a la mayoría de barrios de esta ciudad y las familias a las que pertenecen los participantes no presentan grandes desequilibrios en el poder adquisitivo y nivel cultural. Con todo, en futuras investigaciones sería interesante evaluar este instrumento en el ámbito rural, así como en otras edades mayores, de 15 a 18 años. Finalmente, este estudio se ha centrado en adaptar el instrumento original a nuestro contexto y evaluar sus propiedades métricas. Tras evaluar cómo se comportan los ítems, sería interesante para futuras investigaciones actualizar el instrumento, añadiendo algunos elementos como, por ejemplo, el uso de otros dispositivos con pantallas, además de la televisión (tabletas, videoconsolas, ordenadores o teléfonos inteligentes entre otros) o la seguridad de Internet a la hora de contactar con personas desconocidas.

## **Implicaciones para la investigación**

Diferentes estudios señalan la importancia de la adopción de prácticas de autocuidado en edades tempranas de la vida, con el objetivo de lograr, de esta manera, una vida adulta y una vejez más activas y saludables (Campbell et al., 2014; Frank, 2012; Oxley, 2009; Peel et al., 2005). Para evaluar este nivel de autocuidado se han desarrollado un buen número de instrumentos dirigidos a población con determinadas enfermedades, que miden prácticas de autocuidado específicas, como por ejemplo en la insuficiencia cardíaca (Cameron et al., 2009). Por el contrario, son escasos los instrumentos disponibles para evaluar las prácticas de autocuidado en población sana y especialmente en población infantil, donde es necesario el desarrollo de líneas específicas de investigación (Rajmil et al., 2013).

El proceso de validación de un cuestionario es un proceso continuo en cuyo transcurso se van generando pruebas que demuestran su importancia e idoneidad como instrumento de medida (Streiner & Kottner, 2014), considerando que el instrumento es más válido cuánto más se haya investigado sobre él. Desde esta perspectiva, este estudio pretende iniciar el proceso de adaptación lingüística y cultural del CASPQ adaptado a una población infantil de escolares españoles y contribuir a aumentar las pruebas científicas acerca de CASPQ original. Para ello, será necesario continuar con la generación de nuevas pruebas, que contribuyan a poner de manifiesto su relevancia y su representatividad como instrumento de medida de las prácticas de autocuidado en niños y adolescentes, ampliando el marco de aplicación para determinar su comportamiento en otras poblaciones y en otros contextos. Bajo la consideración de que el autocuidado es un constructo que va evolucionado a medida que lo hace la sociedad, es necesario desarrollar nuevas investigaciones para conocer la sensibilidad al cambio de sus puntuaciones y, más en concreto, determinar si estas son sensibles a los cambios propios de una sociedad que va evolucionando y a las estrategias de promoción de la salud, a medida que se vayan implementado.

A pesar de no ser el objetivo de este estudio, los hallazgos muestran la influencia del entorno escolar en el autocuidado, especialmente en educación primaria. Es por ello que futuras investigaciones deberían profundizar en el conocimiento y evaluación del impacto de las escuelas promotoras de salud y los entornos escolares saludables en el autocuidado y la CVRS de la población infantil.

## **Implicaciones para la práctica**

Las ciencias del autocuidado están incluidas en las ciencias básicas de enfermería; por tanto, el autocuidado es un objetivo esencial de la práctica enfermera y su nivel un resultado sensible a la atención enfermera (Doran et al., 2002; Moorhead et al., 2013; Richard & Shea, 2011). Por esta razón, la evaluación del nivel de autocuidado es esencial para planificar las intervenciones de enfermería dirigidas a su promoción, así como para medir la contribución de la enfermería a los resultados de salud.

Por esta razón, es esencial disponer de instrumentos fiables y válidos. El CASPQ adaptado representa un instrumento válido y útil para la evaluación de las prácticas de autocuidado en el contexto escolar y en la atención primaria de salud. Tanto profesores como enfermeras y pediatras pueden utilizarlo para la detección de déficits de autocuidado en niños y adolescentes de 8 a 18 años, para establecer estrategias que contribuyan al impulso de conductas promotoras de salud y, a su vez, evaluar su evolución. En este sentido, constituye un instrumento relevante para conocer la evolución de las prácticas de autocuidado, a medida que se producen cambios de la sociedad, para lo que se precisará una permanente evaluación y actualización. Por otra parte, es necesario impulsar el desarrollo de investigaciones fundamentadas en teorías y modelos de enfermería y, de esta manera, aumentar el cuerpo de conocimientos que respaldan su solidez y aplicabilidad.



## CONCLUSIONES

- El cuestionario CASPQ adaptado al contexto de la población infantil de 8 a 12 años residente en España, permite medir de forma fiable y válida el desarrollo de las prácticas de autocuidado en esta población y muestra unas propiedades métricas aceptables y similares al del cuestionario original, por lo que constituye una herramienta útil y válida para la planificación y evaluación de estrategias de promoción de las prácticas de autocuidado en este contexto.
- Los procesos de traducción y adaptación necesarios han garantizado la equivalencia semántica, normativa y conceptual del CASPQ al contexto español.
- La aceptabilidad y la factibilidad de la autoadministración del CASPQ adaptado fueron excelentes.
- Los ítems del cuestionario presentaron una capacidad discriminativa óptima.
- El análisis factorial confirmatorio de su estructura teórica de tres factores mostró un ajuste suficiente.
- La consistencia interna global fue satisfactoria, no obstante, la consistencia interna de los factores fue marginal o moderada.
- Las puntuaciones de cada uno de los factores del cuestionario fueron estables en el tiempo, presentando unos coeficientes de acuerdo óptimos
- Se ha contrastado la relación esperada entre las puntuaciones del cuestionario con diferentes variables relacionadas con el desarrollo del CASPQ.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Castillo, M. M., Yañez-Lozano, Á., & Armendáriz-García, N. A. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions, 17*(1), 87-96.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, & Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling, 57*(2), 153-157. doi.org/10.1016/j.pec.2004.05.008
- Annesi, J. J., Smith, A. E., Walsh, S. M., Mareno, N., & Smith, K. R. (2016). Effects of an after-school care-administered physical activity and nutrition protocol on body mass index, fitness levels, and targeted psychological factors in 5- to 8-year-olds. *Translational Behavioral Medicine, 6*(3), 347-357. doi.org/10.1007/s13142-015-0372-6
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, Y. R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion, 18*(4), 42-48. doi.org/10.1177/1757975911422960
- Ausili, D., Masotto, M., Ora, C. D., Salvini, L., & Mauro, S. Di. (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Professioni Infermieristiche, 67*(3), 180-189. doi.org/10.7429/pi.2014.673180
- Baldwin, J., & Lindsey, L. (1989). Assessing Parents as Health Educators. *Pediatric Nursing, 15*(5), 453-457.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2000). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barrios Casas, S., & Paravic Klijn, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*(1), 136-141. doi.org/10.1590/S0104-11692006000100019
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976), 25*(24), 3186-3191.
- Bergström, M., Fransson, E., Hjern, A., Köhler, & Wallby, T. (2014). Mental health in Swedish children living in joint physical custody and their parents' life satisfaction: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 433-439. doi.org/10.1111/sjop.12148
- Berman, A. H., Liu, B., Ullman, S., Jadbäck, I., & Engström, K. (2016). Children's Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLOS ONE, 11*(3), e0150545.



doi.org/10.1371/journal.pone.0150545

- Berta, E. E., Fugas, V. A., Walz, F., & Martinelli, M. I. (2015). Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 45-52. doi.org/10.4067/S0717-75182015000100006
- Bgeginski, R., Ribeiro, P. A. B., Mottola, M. F., & Ramos, J. G. L. (2017). Effects of weekly supervised exercise or physical activity counseling on fasting blood glucose in women diagnosed with gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Journal of Diabetes*, [Epub ahead of print]. doi.org/10.1111/1753-0407.12519
- Biggs, A. (2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science. *Nursing Science Quarterly*, 21(3), 200-206. doi.org/10.1177/0894318408320140
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1(8476), 307-310.
- Blue, S., Shove, E., Carmona, C., & Kelly, M. P. (2016). Theories of practice and public health: understanding (un)healthy practices. *Critical Public Health*, 26(1), 36-50. doi.org/10.1080/09581596.2014.980396
- Borrell, C. (2006). Desigualdades y servicios de salud. *Saúde e Sociedade*, 15(2), 9-22.
- Bray, C. O., Nash, K., & Froman, R. D. (2003). Validation of measures of middle schoolers' self-efficacy for physical and emotional health, and academic tasks. *Research in Nursing and Health*, 26(5), 376-386. doi.org/10.1002/nur.10099
- Brennan, P. A., Le Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469-1477. doi.org/10.1097/00004583-200312000-00014
- Brock, C., & Dost, A. (2005). Self Care-A Real Choice. Self Care Support-A practical option. Improving Care. Improving Lives. Department of Health. Disponible en: <http://www.bmsu.ac.ir/UserFiles/Self Care.pdf>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York, NY: Guilford.
- Burns, K. E. A., Duffett, M., Kho, M. E., Meade, M. O., Adhikari, N. K. J., Sinuff, T., ... ACCADEMY Group. (2008). A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*, 179(3), 245-252. doi.org/10.1503/cmaj.080372
- Büyükkaya Besen, D., Günüşen, N., Arda Sürücü, H., & Koşar, C. (2016). Predictor effect of Locus Of Control (LOC) on self-care activities and metabolic control in individuals with type 2 diabetes. *PeerJ*, 4, e2722. doi.org/10.7717/peerj.2722
- Cameron, J., Worrall-Carter, L., Driscoll, A., & Stewart, S. (2009). Measuring self-care in chronic heart

- failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), E10-22. doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181b5660f
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science (New York, N.Y.)*, 343(6178), 1478-1485. doi.org/10.1126/science.1248429
- Campbell, M., Thomson, H., Fenton, C., & Gibson, M. (2015). Health and wellbeing of lone parents in welfare to work: a systematic review of qualitative studies. *The Lancet*, 386, Suppl, S27. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00865-X
- Caro-Bautista, J., Martín-Santos, F. J. J., Morales-Asensio, J. M., & Morales-Asencio, J. M. (2013). Systematic review of the psychometric properties and theoretical grounding of instruments evaluating self-care in people with type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1209-1227. doi.org/10.1111/jan.12298
- Chaput, J. P., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., Borghese, M. M., & Tremblay, M. S. (2014). Electronic screens in children's bedrooms and adiposity, physical activity and sleep: Do the number and type of electronic devices matter? *Canadian Journal of Public Health*, 105(4), e273-e279.
- Chen, G., Ratcliffe, J., Olds, T., Magarey, A., Jones, M., & Leslie, E. (2014). BMI, health behaviors, and quality of life in children and adolescents: A school-based study. *Pediatrics*, 133(4), e868-e874. doi.org/10.1542/peds.2013-0622
- Chirolla, G. (2007). Reseña de «Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí» de Humberto Cubides Cipagauta. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1051/105115241023.pdf>
- Christenson, S. L. (2000). *Families and schools: Rights, responsibilities, resources, and relationships*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Côté-Lussier, C., Mathieu, M. È., & Barnett, T. A. (2015). Independent associations between child and parent perceived neighborhood safety, child screen time, physical activity and BMI: a structural equation modeling approach. *International Journal of Obesity*, 39(10), 1475-1481. doi.org/10.1038/ijo.2015.98
- Crawford, P., & Zygouris-Coe, V. (2006). All in the Family: Connecting Home and School with Family Literacy. *Early Childhood Education Journal*, 33(4), 261-267. doi.org/10.1007/s10643-005-0047-x
- Denyes, M. J. (1980). Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents. Doctoral dissertation, Wayne State University. *Dissertation Abstracts International*, 41, 1716B.
- Departament de Salut. (2012). *Programa «Salut i escola»*. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_tematices/per\\_perfiles/centres\\_educatius/programa\\_salut\\_esco](http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematices/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_esco)

la/

- DeVellis, R. F. (2006). Classical Test Theory. *Medical Care*, 44(Suppl 3), S50-S59. doi.org/10.1097/01.mlr.0000245426.10853.30
- Donnelly, R., & Springer, A. (2015). Parental Social Support, Ethnicity, and Energy Balance-Related Behaviors in Ethnically Diverse, Low-Income, UrbanElementary Schoolchildren. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(1), 10-18. doi.org/10.1016/j.jneb.2014.06.006
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57-63.
- Duda, J. L., Williams, G. C., Ntoumanis, N., Daley, A., Eves, F. F., Mutrie, N., ... Jolly, K. (2014). Effects of a standard provision versus an autonomy supportive exercise referral programme on physical activity, quality of life and well-being indicators: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 10. doi.org/10.1186/1479-5868-11-10
- El KIDSCREEN Group Europe. (2006). *Los cuestionarios KIDSCREEN - cuestionarios de calidad de vida para los niños y adolescentes. Manual*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Epstein, J. (2001). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools*. Boulder, CO: Westview Press.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
- Fawcett, J. (2017). Thoughts About Nursing Conceptual Models and the « Medical Model ». *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 77-80. doi.org/10.1177/0894318416680710
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ferguson, C., Ramos, M., Rudo, Z., & Wood, L. (2008). *The school-family connection: Looking at the larger picture*. A review of current literature. National Center for Family and Community Connections with School. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED536948.pdf>
- Ford, E. S., Bergmann, M. M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Archives of Internal Medicine*, 169(15), 1355-1362. doi.org/10.1001/archinternmed.2009.237
- Formosa, C., & Muscat, R. (2016). Improving Diabetes Knowledge and Self-Care Practices. *Journal of the*

*American Podiatric Medical Association*, 106(5), 352-356. doi.org/10.7547/15-071

- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. La Plata, Argentina: Altamira.
- Frank, J. (2012). Public health interventions to reduce inequalities: What do we know works? *Canadian Journal of Public Health*, 103(7 Suppl 1), S5-S7. doi.org/10.2307/41995668
- Fulkerson, J. A., Kubik, M. Y., Rydell, S., Boutelle, K. N., Garwick, A., Story, M., ... Dudovitz, B. (2011). Focus groups with working parents of school-aged children: what's needed to improve family meals? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(3), 189-193. doi.org/10.1016/j.jneb.2010.03.006
- Gaffney, K. F., & Moore, J. B. (1996). Testing Orem's Theory of Self-Care Deficit: Dependent Care Agent Performance for Children. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 160-164. doi.org/10.1177/089431849600900407
- Gantz, S. B. (1990). Self-care: perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4(2), 1-12.
- Garcés Giraldo, L. F., & Giraldo Zuluaga, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 187-201.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2008). *Estudi sobre les conductes relacionades amb salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya Curs Escolar 2005*. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/per\\_perfiles/centres\\_educatius/programa\\_salut\\_i\\_escola/documents/arxiu/34eso.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_i_escola/documents/arxiu/34eso.pdf)
- Giraldo, R. (2008). «La resistencia y la estética de la existencia en Michel Foucault». *Entramado*, 4(2), 90-100. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2654/265420459008.pdf>
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macias Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Gordon-Larsen, P., Harris, K. M., Ward, D. S., & Popkin, B. M. (2003). Acculturation and overweight-related behaviours among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescents Health. *Social Science Medicine*. *Social Science Medicine*, 57(11), 2023-2034.
- Halgunseth, L. C., Peterson, A., Stark, D. R., & Moodie, S. (2009). Family Engagement , Diverse Families , and Early Childhood Education Programs : An Integrated Review of the Literature *National Association for the Education of Young Children, The Pew Charitable Trusts*. Disponible en: <https://www.naeyc.org/files/naeyc/file/research/FamEngage.pdf>
- Han, H.-R., Song, H.-J., Nguyen, T., & Kim, M. T. (2014). Measuring self-care in patients with hypertension: a systematic review of literature. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(1), 55-67. doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182775fd1
- Haro, J. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud» PERDIGUERO, E. &

- COMELLES, J.M. Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra Disponible en: [https://clea.edu.mx/biblioteca/Perdiguero Enrique - Medicina Y Cultura.pdf](https://clea.edu.mx/biblioteca/Perdiguero%20Enrique%20-%20Medicina%20Y%20Cultura.pdf)
- Heelan, K. A., Bartee, R. T., Nihiser, A., & Sherry, B. (2015). Healthier School Environment Leads to Decreases in Childhood Obesity: The Kearney Nebraska Story. *Childhood Obesity*, 11(5), 600-607. doi.org/10.1089/chi.2015.0005
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S., & Jalilazar, T. (2010). Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(2), 71-76.
- Henderson, A., & Mapp, K. (2002). A new wave of evidence: The impact of school, family, and community connections on student achievement. National Center for Family and Community Connections with Schools. Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED536946.pdf>
- Henderson, N., & Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.
- Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. (2006). The Adolescent Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses' Association : JNBNA*, 17(2), 1-5.
- Henríquez Sánchez, P., Doreste Alonso, J., Laínez Sevillano, P., Estévez González, M. D., Iglesias Valle, M., Martín López, G., ... Serra Majem, L. (2008). Prevalencia de obesidad y sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. *Medicina Clínica*, 130(16), 606-610. doi.org/10.1157/13120339
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (2001). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Disponible en: <http://handbook.cochrane.org/>
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences* (4th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Ireland, P., Johnston, L. M., Lu, Y., Xu, J., Zhao, W., Han, H.-R., ... Mauro, S. Di. (2014). Measures of Self-Care Independence for Children with Osteochondrodysplasia: A Clinimetric Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 67(6), 80-96. doi.org/10.1111/jan.12298
- Jaimovich, S., Campos, M. C., Campos, M. S., & Moore, J. B. (2009). Spanish version of the Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire: psychometric testing. *Pediatric Nursing*, 35, 109-114.
- Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Pérez-García, M., & Llor-Esteban, B. (2016). Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 61, 165-175. doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.015
- Johnson, S. L., Hughes, S. O., Cui, X., Li, X., Allison, D. B., Liu, Y., ... Vollrath, K. (2014). Portion sizes for children are predicted by parental characteristics and the amounts parents serve themselves.

*American Journal of Clinical Nutrition*, 99(4), 763-770. doi.org/10.3945/ajcn.113.078311

- Juvonen, J., Schacter, H. L., Sainio, M., & Salmivalli, C. (2016). Can a school-wide bullying prevention program improve the plight of victims? Evidence for risk  $\times$  intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(4), 334-344. doi.org/10.1037/ccp0000078
- Karnik, S., & Kanekar, A. (2012). Childhood obesity: A global public health crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 1-7. doi.org/22506094
- Kearney, B. Y., & Fleischer, B. J. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-care Agency. *Research in Nursing & Health*, 2(1), 25-34. doi.org/10.1002/nur.4770020105
- Keller, J., Kafkes, A., & Kielhofner, G. (2005). Psychometric Characteristics of the Child Occupational Self Assessment (COSA), part one: an initial examination of psychometric properties. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(3), 118-127.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490-501. doi.org/10.1093/heapro/das034
- Kickbusch, I. (1989). Self-care in health promotion. *Social Science and Medicine*, 29(2), 125-130. doi.org/10.1016/0277-9536(89)90160-3
- Kickbusch, I. (1996). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: Organización Panoamericana de la Salud.
- Krawinkel, M. B. (2011). Current challenges in pediatric nutrition. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(9), 234-239. doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.04.002
- Kwon, S., Janz, K. F., Letuchy, E. M., Burns, T. L., & Levy, S. M. (2016). Parental characteristic patterns associated with maintaining healthy physical activity behavior during childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13. doi.org/10.1186/s12966-016-0383-9
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., ... Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130. doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y
- Lazzeri, G., Azzolini, E., Pammolli, A., Simi, R., Meoni, V., & Giacchi, M. V. (2014). Factors associated with unhealthy behaviours and health outcomes: a cross-sectional study among Tuscan adolescents (Italy). *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 83. doi.org/10.1186/s12939-014-0083-5
- Le Bigot Macaux, A. (2001). Eat to live or live to eat? Do parents and children agree? *Public Health Nutrition*, 4(1A), 141-146.
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W. S., Keung, V. V., Song, Y., ... Granfeldt, Y. (2015). Associations between Parental Feeding Styles and Childhood Eating Habits: A Survey of Hong Kong Pre-School Children. *PLOS ONE*, 10(4), e0124753. doi.org/10.1371/journal.pone.0124753

- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(3), 163-170. doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017
- Lu, Y., Xu, J., Zhao, W., & Han, H.-R. (2015). Measuring Self-Care in Persons With Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 1-54. doi.org/10.1177/0163278715588927
- MacBriar, B. R., Burgess, M., Kottke, S., & Maddox, K. (1995). Development of a health concerns inventory for school-age children. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 11(3), 25-29.
- Mamykina, L., Miller, A. D., Mynatt, E. D., & Greenblatt, D. (2010). Constructing identities through storytelling in diabetes management. *Proceedings of the 28th international conference on Human factors in computing systems - CHI '10*. Disponible en: <https://doi.org/10.1145/1753326.1753507>
- Mantzicopoulos, P. (2003). Flunking kindergarten after Head Start: An inquiry into the contribution of contextual and individual variables. *Journal of Educational Psychology*, 95(2), 268-278. doi.org/10.1037/0022-0663.95.2.268
- Martinón, J. M., Fariña, F., Corras, T., Seijo, D., Souto, A., & Novo, M. (2017). Impacto de la ruptura de los progenitores en el estado de salud física de los hijos. *European Journal of Education and Psychology*, 10, 9-14. doi.org/10.1016/j.ejeps.2016.10.002
- Matarese, M., Lommi, M., & De Marinis, M. (2016). Systematic review of measurement properties of self-reported instruments for evaluating self-care in adults. *Journal of Advanced Nursing*, [Epub ahead of print]. doi.org/10.1111/jan.13204
- McCusker, J., Lambert, S. D., Cole, M. G., Ciampi, A., Strumpf, E., Freeman, E. E., & Belzile, E. (2016). Activation and Self-Efficacy in a Randomized Trial of a Depression Self-Care Intervention. *Health Education & Behavior*, 43(6), 716-725. doi.org/10.1177/1090198116637601
- McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing*, 4(3), 68-69. doi.org/10.1136/ebn.4.3.68
- McWayne, C., Hampton, V., Fantuzzo, J., Cohen, H. L., & Sekino, Y. (2004). A multivariate examination of parent involvement and the social and academic competencies of urban kindergarten children. *Psychology in the Schools*, 41(3), 363-377. doi.org/10.1002/pits.10163
- Miguel-Gil, B., Cruz-Rodríguez, C., Masvidal-Aliberch, R. M., de Frutos-Gallego, E., Estabanell-Buxó, A., & Riera-Vidal, D. (2012). Alimentación en población infantil inmigrante recién llegada. *Enfermería Clínica*, 22(3), 118-125. doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.03.002
- Miklánková, L., Klimešová, I., & Rehtik, Z. (2014). Substances in the life of children 8–10 years old. *Journal of Health Sciences*, 4(13), 85-94. doi.org/10.5281/ZENODO.13246

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Prisma Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy, 89*(9), 873-880. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010a). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of Life Research, 19*(4), 539-549. doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... de Vet, H. C. W. (2010b). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology, 63*(7), 737-745. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006
- Monasta, L., Batty, G. D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfani, L., Van Lenthe, F. J., & Brug, J. (2010). Early-life determinants of overweight and obesity: A review of systematic reviews. *Obesity Reviews, 11*(10), 695-708. doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00735.x
- Moore, J. B. (1995). Measuring the self-care practice of children and adolescents: instrument development. *Maternal-child Nursing Journal, 23*(3), 101-108.
- Moore, J. B., & Gaffney, K. F. (1989). Development of an instrument to measure mothers' performance of self-care activities for children. *Advances in Nursing Science, 12*(1), 76-84.
- Moore, J. B., Pawloski, L., Baghi, H., Whitt, K., Rodriguez, C., Lumbi, L., & Bashatah, A. (2005). Development and examination of psychometric properties of Self-Care instruments to measure nutrition practices for English and Spanish speaking adolescents. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing, 13*(1), 9.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier. doi.org/10.1097/00129191-200301000-00012
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva, 5*(3), 391-401.
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging, 20*(2), 272-284. doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272
- Nortje, S., Nel, E., & Nolte, A. (2008). Evidence-based nursing interventions and guidelines for prone positioning of adult, ventilated patients: a systematic review. *Health SA Gesondheid, 13*(2), 61-73. doi.org/10.4102/hsag.v13i2.280
- O'Connor, T. M., Chen, T.-A., Baranowski, J., Thompson, D., & Baranowski, T. (2013). Physical activity



- and screen-media-related parenting practices have different associations with children's objectively measured physical activity. *Childhood Obesity (Print)*, 9(5), 446-453. doi.org/10.1089/chi.2012.0131
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., & Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381-385. doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004
- Ohannessian, C. M., Flannery, K. M., Simpson, E., & Russell, B. S. (2016). Family functioning and adolescent alcohol use: A moderated mediation analysis. *Journal of Adolescence*, 49, 19-27. doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.02.009
- Olswang, L. B., Coggins, T. E., & Timler, G. R. (2001). Outcome Measures for School-Age Children with Social Communication Problems. *Topics in Language Disorders*, 22(1), 50-73. doi.org/10.1097/00011363-200111000-00006
- Orem, D. E. (1983). *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámides, S.A.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). San Luis: Mosby. doi.org/10.1016/S0001-2092(07)62310-2
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Riesgos Globales para la Salud: Mortalidad y carga de enfermedad atribuible a los mayores riesgos* (Vol. 87). Ginebra. doi.org/10.2471/BLT.09.070565
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños*. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO\\_NMH\\_VIP08.01\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77762/1/WHO_NMH_VIP08.01_spa.pdf)
- Orgilés, M., & Samper, M. D. (2011). El impacto del divorcio en la calidad de vida de los niños de 8 a 12 años de edad en la provincia de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 490-494. doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.013
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An overview. *OECD Health Working Papers*, (42). doi.org/10.1787/226757488706
- Palacio, J., León, M., & García-Belenguer, S. (2005). Aspectos epidemiológicos de las mordeduras caninas. *Gaceta Sanitaria*, 19(1), 50-58. doi.org/10.1157/13071818
- Pardo-Guijarro, M. J., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Sánchez-López, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2015). Self-reports versus parental perceptions of health-related quality of life among deaf children and adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(3), 275-282. doi.org/10.1093/deafed/env018
- Parse, R. R. (2015). Nursing: A Basic or Applied Science. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 181-182. doi.org/10.1177/0894318415585636

- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369(9567), 1130-1139. doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3
- Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002
- Pender, N. J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Pett, M. A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño* (14ª ed.). Madrid: Morata.
- Purssell, E., & While, A. (2011). Development of a scale to measure parental self-efficacy in the care of pre-school children during periods of health and minor illness: Integrating health and social policy methods. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1623-1631. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03591.x
- Quaresma, A. M., Palmeira, A. L., Martins, S. S., Minderico, C. S., & Sardinha, L. B. (2014). Effect of a school-based intervention on physical activity and quality of life through serial mediation of social support and exercise motivation: the PESSOA program. *Health Education Research*, 29(6), 906-917. doi.org/10.1093/her/cyu056
- Quioco, A. M., & Daoud, A. M. (2006). Dispelling myths about Latino parent participation in schools. *The Educational Forum*, 70(3), 255-267. doi.org/10.1080/00131720608984901
- R Development Core Team. (2016). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
- Rajmil, L., López, A. R., López-Aguilà, S., & Alonso, J. (2013). Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 101. doi.org/10.1186/1477-7525-11-101
- Ravens-Sieberer, U; Gosch, A; Rajmil, L; Erhart, M; Bruil, J; Dür, W; Auquier, P; Poder, M; Abel, T; Czemy, L; Mazur, J; Czimbalmo, A; Tountas, Y; Hagquist, C; Kilroe, J. y el G. europeo K. (2005). KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación*, 5(3), 353-364.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., ... Kilroe, J. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measures for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of Life Research*, 16(4), 1347-1356. doi.org/10.1007/s11136-007-9240-2
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., ... Group, E. K. (2001).

- Quality of life in children and adolescents : a European public health perspective. *Soz.-Präventivmed.*, 46(5), 294-302.
- Remmers, T., Van Kann, D., Thijs, C., de Vries, S., & Kremers, S. (2016). Playability of school-environments and after-school physical activity among 8–11 year-old children: specificity of time and place. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 82. doi.org/10.1186/s12966-016-0407-5
- Reyes-Rodríguez, L. (2007). *La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes*. Universidad pedagógica de Durango. Disponible en: [http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf)
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Rigdon, E. E. (1996). CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 3(4), 369-379. doi.org/10.1080/10705519609540052
- Ríos, P. B. (2009). Evolución de los Hábitos Alimenticios de la Salud a la Enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 9(9), 956-972.
- Robbins, S. (2007). «El cuidado de sí. La inversión del platonismo desde la mirada de Michel Foucault». Seminario de Pensamiento crítico. Chile: Universidad Diego Portales.
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M. C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., ... Phillips, K. (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, 16(8), 1335-1345. doi.org/10.1007/s11136-007-9241-1
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: an R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. doi.org/10.18637/jss.v048.i02
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
- Ruiz, G. M., & Medina-Mora, M. E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37(1), 1-8.
- Ruotsalainen, H., Kyngäs, H., Tammelin, T., & Kääriäinen, M. (2015). Systematic review of physical activity and exercise interventions on body mass indices, subsequent physical activity and psychological symptoms in overweight and obese adolescents. *Journal of Advanced Nursing*. doi.org/10.1111/jan.12696
- Sakraida, T. (2008). *Modelo de la promoción de la salud de Nola Pender*. En: Marriner Tomey A, Raile Allgood M. Modelos y Teorías en Enfermería (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.

- Sanders, M. G. (2008). How Parent Liaisons Can Help Bridge the Home-School Gap. *Journal of Educational Research, 101*(5), 287-298. doi.org/10.3200/JOER.101.5.287-298
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201-228. doi.org/10.1007/BF01173489
- Silva Diverio, I. (2006). La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: Intituto de la juventud. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/LA\\_ADOLESCENCIA\\_y\\_entorno\\_completo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/LA_ADOLESCENCIA_y_entorno_completo.pdf)
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Coxe, S., Kipp, H., Gnagy, E. M., ... Lahey, B. B. (2014). The role of early childhood ADHD and subsequent CD in the initiation and escalation of adolescent cigarette, alcohol, and marijuana use. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(2), 362-374. doi.org/10.1037/a0036585
- Sleddens, E. F. C., Ten Hoor, G. A., Kok, G., & Kremers, S. P. J. (2016). Associations between parental impulsivity and child body mass index. *SpringerPlus, 5*(1), 1422. doi.org/10.1186/s40064-016-3048-x
- Smahel, D., & Wright, M. F. (2014). *The meaning of online problematic situations for children - Results of qualitative cross-cultural investigation in nine European countries*. London, UK: EU Kids Online.
- Schermelleh-Engel, K., & Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online, 18*(2), 23-74.
- Sosa-Hernández, A., Barragán-Ledesma, L., Linares-Oliva, O., Estrada- Martínez, S., & Quintanar-Escorza, M. (2016). Análisis de la relación entre el estilo de vida y la inteligencia emocional en estudiantes universitarios. *Ciencia y Humanismo en la Salud, 3*(1), 14-23.
- Sossa, A. (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *CONHISREMI Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, 6*(2), 34-45.
- Souto-Manning, M., & Swick, K. J. (2006). Teachers' beliefs about parent and family involvement: Rethinking our family involvement paradigm. *Early Childhood Education Journal, 34*(2), 187-193. doi.org/10.1007/s10643-006-0063-5
- Streiner, D. L. (2003a). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment, 80*(3), 217-222. doi.org/10.1207/S15327752JPA8003
- Streiner, D. L. (2003b). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment, 80*(1), 99-103. doi.org/10.1207/S15327752JPA8001\_18
- Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing, 70*(9), 1970-1979.

doi.org/10.1111/jan.12402

- Streiner, D. L., & Norman, G. (2003). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Sussman, S. (2012). *Substance and Behavioral Addictions: Co-Occurrence and Specificity*. Disponible en: [http://www.mdpi.com/files/si/drug\\_addiction/drug\\_addiction\\_SI\\_v16\\_prefaceinToC-final.pdf](http://www.mdpi.com/files/si/drug_addiction/drug_addiction_SI_v16_prefaceinToC-final.pdf)
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Taylor, S. G. (2008). *Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem*. En: Marriner Tomey A, Raile Allgood M. Modelos y Teorías en Enfermería (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Teljeur, C., Moran, P. S., Walshe, S., Smith, S. M., Cianci, F., Murphy, L., ... Ryan, M. (2016). Economic evaluation of chronic disease self-management for people with diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, [Epub ahead of print]. doi.org/10.1111/dme.13281
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
- Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & De Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, 18(8), 1115-1123. doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research*, 21(4), 651-657. doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1
- Thacher, T. D., Fischer, P. R., Strand, M. a, & Pettifor, J. M. (2006). Nutritional rickets around the world: causes and future directions. *Annals of Tropical Paediatrics*, 26(1), 1-16. doi.org/10.1179/146532806X90556
- Trost, S. G., Sallis, J. F., Pate, R. R., Freedson, P. S., Taylor, W. C., Dowda, M., ... Plotnikoff, R. (2003). Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 277-282. doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00217-4
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2), 109-118.
- Urpí-Fernández, A.M., Zabaleta-del-Olmo, E.; Montes-Hidalgo, J., Tomás-Sábado, J., Roldán-Merino, J.F. & Lluch-Canut, M.T. (in press). Instruments to assess self-care among healthy children: a systematic review of measurement properties. *Journal of Advanced Nursing*.

- Valderas, J. M., Ferrer, M., & Alonso, J. (2005). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica*, *125 Suppl.*, 56-60. doi.org/10.1016/S0210-5705(09)71003-9
- Valdes, G. (1996). *Con Respeto: Bridging the distances between culturally diverse families and schools: An ethnographic portrait*. Nueva York, NY: Teachers College Press.
- Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública*, *75(6)*, 489-490.
- Villarreal González, M. E., Sanchez Sosa, J. C., & Musitu Ochoa, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, *12(3)*, 857-873. doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca
- Ward, J. S., Duncan, J. S., Jarden, A., & Stewart, T. (2016). The impact of children's exposure to greenspace on physical activity, cognitive development, emotional wellbeing, and ability to appraise risk. *Health & Place*, *40*, 44-50. doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.04.015
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51(11)*, 945-952.
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *SelfCare Journal*, *4(5)*, 101-106.
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable But Invincible: A Study of Resilient Children and Youth*. *Vulnerable But Invincible: A Study of Resilient Children and Youth*. New York, NY: McGraw Hill.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, *8(2)*, 94-104. doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *46(8)*, 1143-1147. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
- Williamson, D. A., Champagne, C. M., Harsha, D. W., Han, H., Martin, C. K., Newton, R. L., ... Ryan, D. (2012). Effect of an environmental school-based obesity prevention program on changes in body fat and body weight: a randomized trial. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *20(8)*, 1653-1661. doi.org/10.1038/oby.2012.60
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. R., & Olson, J. (2002). *Psicología Social*. Madrid: Thomson Editores.
- Zou, G. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics in Medicine*, *31(20)*, 3972-3981.



## **ANEXOS**





**Convocatorias competitivas, artículos y comunicaciones**



## Convocatorias competitivas y becas

Convocatoria de Ayudas a la Investigación de la *Fundació Infermeria i Societat* 2016. Número del proyecto: PR-040/16, con el título Adaptación y validación del “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España. Convocatoria competitiva financiada por el *Col·legi Oficial d’Infermeres i infermers de Barcelona* (COIB) con una dotación económica de 2.310 €.

16a Beca para la Capacitación en Investigación y Realización del Doctorado en la Atenció Primària 2015. Registro N° 7183 IMP-040-CT V01, con el título Adaptación y validación del “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España. Modelo de intensificación o liberación del 25% de la jornada laboral durante 2016-2017 equivalente a seis meses consecutivos para la finalización de la tesis doctoral. Convocatoria gestionada por el Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Financiado por el Institut Català de la Salut (ICS).

Beca del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, en colaboración con el centro Joanna Briggs e Investèncià para asistir al JBI European Symposium dirigido a estudiantes de doctorado, el 13 y 14 de mayo del 2015 en la Universidad de Nottingham, Reino Unido.

## Artículos derivados de la tesis

Urpí-Fernández, A.M., Zabaleta-del-Olmo, E.; Montes-Hidalgo, J., Tomás-Sábado, J., Roldán-Merino, J.F. & Lluch-Canut, M.T. (in press). Instruments to assess self-care among healthy children: a systematic review of measurement properties. *Journal of Advanced Nursing*.

Urpí-Fernández, A.M., Zabaleta-del-Olmo, E.; Vigo Oller, O.; Tomás-Sábado, J., Roldán-Merino, J.M. & Lluch-Canut, M.T. (en prensa). Calidad de vida relacionada con la salud en escolares de educación primaria: estudio transversal. Health-related quality of life in primary school students: a cross-sectional study. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. *RIDEC*, 10(1).

## Otros artículos

Zabaleta-del-Olmo E; Vlachos B; Jodar-Fernández L; Urpí-Fernández A.M; Lumillo-Gutiérrez I; Agudo-Ugena J; Morros-Pedrós R; Violán C. Safety in rather than of the reuse of needles for subcutaneous insulin injection: a systematic review and meta-analysis. *Internacional Journal of Nursing Studies*. 2016; 60: 121-132. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.04.010

Lumillo-Gutiérrez I; Urpí-Fernández A.M. Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica. *Enfermería Clínica*. 2013; 27 (1): 133-4. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.03.003

Puig-García Marineus; Urpí-Fernández A.M. Alimentación equilibrada en época de crisis. *Ágora de enfermería*. 2010; 14 (1): 29, 2010. ISSN 1575-7668.

### **Comunicaciones, ponencias y pósters**

Comunicación breve y póster de la revisión sistemática derivada de la tesis cuyo título es: *Instruments to measure self-care among healthy children: a systematic review of measurement properties*. El 13 y 14 de mayo del 2015, en el *JBI European Symposium*. *University of Nottingham*, Reino Unido.

Comunicación oral: Hábitos saludables en la Primera Infancia. XI Congrés de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC). El 25 y 26 de octubre del 2012 en Sitges, Barcelona.

**ANEXO A. Cuestionario *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire*  
(CASPQ) adaptado**



## **Adaptación y validación del “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años**

Este estudio tiene como objetivo contribuir al desarrollo de un instrumento para medir el autocuidado infantil, es decir las actividades que los niños y niñas realizan por si mismos para el mantenimiento de su salud y bienestar. El cuestionario contiene preguntas acerca de hábitos y rutinas diarias.

### Instrucciones:

---

1. Por favor marca con una cruz **X** dentro del círculo O que mejor representa lo que frecuentemente tú realizas.
2. No es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas.
3. Recuerda que este cuestionario es anónimo.
4. Siéntete libre para escribir comentarios si lo deseas.
5. Tardarás un tiempo aproximado de 20 minutos o menos en contestarlo.
6. Por favor no te saltes ninguna respuesta.



Este cuestionario sirve para conocer las actividades que realizas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor no te saltes ninguna respuesta. Señala con una cruz **X** dentro del círculo **O** la opción de respuesta que mejor explique lo que sueles hacer:

**Piensa que sueles hacer tú....**

	Siempre	Casi siempre	Alguna vez	Casi nunca	Nunca
1. Fumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bebo bebidas con cafeína (café, té, Coca-Cola, Pepsi, Monster, Redbull...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me salto la comida del mediodía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de frankfurt,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Como caramelos u otros dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Como demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me salto el desayuno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me ducho o baño cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.	Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
14.	Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
15.	Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
16.	Me alejo de los animales que están abandonados.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
17.	Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...)	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
18.	Miro antes de cruzar una calle o carretera.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
19.	Desconfío de las personas desconocidas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
20.	Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

**Piensa que sueles hacer tú....**

21.	Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
22.	Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
23.	Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

24.	Cumplo las normas de mi casa.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
25.	Cumplo las normas de la escuela o colegio.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
26.	Le digo la verdad a mis padres.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
27.	Veó mucho la televisión (3 o más horas al día).	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
28.	Aviso en casa a donde voy.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
29.	Cumplo con todas mis tareas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
30.	Me meto con otros niños y niñas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

**Piensa que sueles hacer tú.....**

31.	Me lavo las manos antes de comer.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
32.	Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
33.	Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
34.	Me lavo los dientes.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
35.	Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

**ANEXO B. Formulario de recogida de datos**



## Acerca de ti y tu familia

1. ¿Con quién vives? Marca todas las posibles respuestas.

Mi padre

Mi madre

Un hermano o hermana

Más hermanos

Otras personas (especifica): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿En qué país han nacido tus padres?

Mi madre nació en \_\_\_\_\_

No lo sé

Mi padre nació en \_\_\_\_\_

No lo sé

3. ¿En qué trabajan tus padres?

Mi madre trabaja de \_\_\_\_\_

Mi madre no trabaja

No lo sé

Mi padre trabaja de \_\_\_\_\_

Mi padre no trabaja

No lo sé

4. ¿Comes solo?

Siempre

Casi siempre

Alguna vez

Casi nunca

Nunca

Otros: \_\_\_\_\_

**¡Muchas gracias por tu participación!**

COLEGIO \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

ID:

Fecha de cumplimentación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

TEST

**ANEXO C. Autorización firmada por la directora de centros del *Consorti d'Educació de Barcelona***





A/A del Consorci d'Educació de Barcelona

En Barcelona, a 16 d'octubre de 2015

Jo, Carme Massa i Solé, com a Directora de Centres del Consorci d'Educació de Barcelona, he estat informat/da dels objectius i de la metodologia de l'estudi "Adaptació i validació del qüestionari *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* per avaluar les pràctiques d'autocura de la població infantil sana de 8 a 12 anys resident a Espanya" i autoritzo a la investigadora principal Ana María Urpí Fernández i a l'equip investigador el seu desenvolupament en els centres educatius de Sant Martí-La Verneda-El Clot en Barcelona.

I perquè quedi constància de l'escrit signo la present autorització.

Atentament,

Carme Massa i Solé

Directora de Centres Consorci d'Educació Barcelona



**ANEXO D. Modelo de carta dirigido a los directores de las escuelas**



Sr/a Director/a,

Tinc el gust de dirigir-me a vostè per fer-li partícip del projecte que estic elaborant el títol del qual és “Adaptació i validació del qüestionari *Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire* per mesurar les pràctiques d'autocura de la població infantil sana de 8 a 12 anys”.

El meu només Ana María Urpí Fernández, sóc infermera del centre d'Atenció Primària Carles I del Institut Català de la Salut. El projecte d'investigació es dirigeix a conèixer les pràctiques d'autocura de la població infantil, entenent per autocura les activitats que el nen o la nena realitzen per si mateixos pel manteniment de la seva salut i del seu benestar. Com per exemple, si es renta les mans després de l'anar al bany, si mira abans de creuar el carrer, si esmorça pels matins, si dorm almenys 8 hores cada nit, si fa exercici físic cada dia, etc. Diversos estudis d'investigació apunten que és essencial intervenir en l'autocura des d'edats primerenques. Conèixer aquestes pràctiques d'autocura ens permetrà identificar les necessitats d'aquests nens per a la promoció d'hàbits saludables i per al manteniment de la salut en l'edat adulta.

La participació consisteix en l'administració d'un qüestionari als alumnes i alumnes de 3r, 4t i 5è d'educació primària. El qüestionari preservarà l'anonimat i no recollirà cap dada que permeti identificar la identitat del nen o la nena enquestats. Tindrà una durada màxima de 30 minuts. Les preguntes del qüestionari tractaran d'hàbits i rutines diàries dels alumnes relacionades amb la seva salut i benestar. Aquest estudi així com, les preguntes d'aquest qüestionari estan aprovades per un Comitè d'Ètica; totes aquelles preguntes que poguessin provocar algun perjudici o conseqüència negativa han estat modificades o eliminades. Juntament amb aquesta carta li enviem un model del qüestionari perquè pugui valorar per si mateix el seu contingut. El qüestionari s'administrarà als centres educatius que acceptin participar. Hem previst administrar el qüestionari en grup a l'aula, als alumnes els pares dels quals o mares no hagin manifestat la seva negativa respecte a que el seu fill o filla participi en l'estudi. El dia i l'hora de l'administració es concretaran amb antelació amb l'adreça del centre educatiu.

En cas que volgués participar en aquest estudi, li agrairia que transmetés el contingut d'aquesta carta de presentació a l'Associació de Pares i Mares dels Alumnes i al professorat.

Els presentaré els resultats d'aquest estudi tant aviat sigui possible. Poden posar-se en contacte amb mi per telèfon, correu postal o electrònic per resoldre qualsevol dubte que se li presenti relacionada amb l'estudi.

Una cordial salutació,

**Ana María Urpí Fernández**  
Carrer de la Marina, 168  
08013 Barcelona  
Telèfon: 619183171  
[amurpi.bcn.ics@gencat.cat](mailto:amurpi.bcn.ics@gencat.cat)



**ANEXO E. Modelo de consentimiento informado dirigido a los padres y madres y  
asociación de padres y madres de alumnos**





**DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT DIRIGIT A PARES I MARES I  
ASSOCIACIÓ DE PARES I MARES D'ALUMNES**

Aquest document intenta explicar-li els objectius de l'estudi i els aspectes relatius a la utilització que realitzarem de les dades de participació. Llegeixi-ho atentament i consulti amb el cap d'estudis o director del centre els dubtes que se li plantegin.

**OBJECTIU DE L'ESTUDI**

Aquest estudi té com a objectiu contribuir a la adaptació i validació d'un instrument per mesurar l'autocura i qualitat de vida en població infantil a nivell europeu.

S'entén per autocura les activitats que el nen o la nena realitzen per si mateixos pel manteniment de la seva salut i del seu benestar, com per exemple, si es renta les mans després de l'anar al bany, si es renta les dents, si mira abans de creuar el carrer, si esmorça pels matins, si dorm almenys 8 hores cada nit, si fa exercici físic cada dia, etc.

**ÚS I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES**

El qüestionari es anònim. Les dades que s'obtinguin de la participació del seu fill/a seran utilitzats únicament per a les finalitats de la investigació. Aquestes dades es guardaran sempre en un lloc segur de tal manera que cap persona aliena a aquesta investigació pugui accedir a aquesta informació i atenent a l'estricta compliment de la Llei Orgànica 15/1999 sobre la Protecció de Dades de Caràcter Personal.

**DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT PER REPRESENTACIÓ**

Jo, Sr/Sra.....representant legal del/la menor Sr/Sra.....he llegit el document de consentiment informat que m'ha estat lliurat, he comprès les explicacions en ell facilitades sobre el qüestionari i de l'objectiu de l'estudi i he pogut resoldre tots els dubtes i preguntes que he plantejat sobre aquest tema. També comprenc que, a qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara presento. També he estat informat/a que les dades personals del meu fill/a seran protegits i seran utilitzats únicament per a les finalitats de la investigació.

Prenent tot això en consideració i en tals condicions, CONSENTEIXO que el meu fill/a participi en l'estudi i que les dades que es derivin de la seva participació siguin utilitzats per aconseguir els objectius especificats en el document.

En.....de.....de 20.....

Signat:

Sr/Sra.....



**ANEXO F. Cuestionario Retest adaptado**



## **Adaptación y validación del “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años**

Este estudio tiene como objetivo contribuir al desarrollo de un instrumento para medir el autocuidado infantil, es decir las actividades que los niños y niñas realizan por si mismos para el mantenimiento de su salud y bienestar. El cuestionario contiene preguntas acerca de hábitos y rutinas diarias.

### Instrucciones:

---

1. Por favor marca con una cruz **X** dentro del círculo O que mejor representa lo que frecuentemente tú realizas.
2. No es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas.
3. Recuerda que este cuestionario es anónimo.
4. Siéntete libre para escribir comentarios si lo deseas.
5. Tardarás un tiempo aproximado de 20 minutos o menos en contestarlo. Por favor no te saltes ninguna respuesta.

Este cuestionario sirve para conocer las actividades que realizas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor no te saltes ninguna respuesta. Señala con una cruz **X** dentro del círculo **O** la opción de respuesta que mejor explique lo que sueles hacer:

**Piensa que sueles hacer tú....**

	Siempre	Casi siempre	Alguna vez	Casi nunca	Nunca
1. Fumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Bebo bebidas con cafeína (café, té, Coca-Cola, Pepsi, Monster, Redbull...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me salto la comida del mediodía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Como comida basura (hamburguesas, patatas de bolsa, salchichas de frankfurt,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Como de todo (carne, pescado, leche, frutas, verduras, legumbres, pan...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Como caramelos u otros dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Como demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me salto el desayuno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me ducho o baño cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me lavo las manos después de ir al baño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hago ejercicio físico o deporte cada día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Duermo al menos ocho horas cada noche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.	Los días de colegio me acuesto tan tarde que estoy cansado al día siguiente	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
14.	Realizo actividades con mis amigos y mis amigas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
15.	Voy en bicicleta de forma segura (respeto los semáforos, llevo casco...)	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
16.	Me alejo de los animales que están abandonados.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
17.	Consumo bebidas con alcohol (vino, cerveza, cubatas,...)	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
18.	Miro antes de cruzar una calle o carretera.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
19.	Desconfío de las personas desconocidas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
20.	Me pongo el cinturón de seguridad cuando voy en coche.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

**Piensa que sueles hacer tú....**

21.	Entrego a tiempo los trabajos de la escuela o colegio.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
22.	Juego y practico deporte con otros niños y niñas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
23.	Cuando tengo dinero lo gasto rápidamente.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>



24.	Cumplo las normas de mi casa.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
25.	Cumplo las normas de la escuela o colegio.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
26.	Le digo la verdad a mis padres.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
27.	Veó mucho la televisión (3 o más horas al día).	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
28.	Aviso en casa a donde voy.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
29.	Cumplo con todas mis tareas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
30.	Me meto con otros niños y niñas.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

**Piensa que sueles hacer tú.....**

31.	Me lavo las manos antes de comer.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
32.	Sigo los consejos de mi pediatra y mi enfermera.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
33.	Aviso a mis padres cuando me encuentro mal.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
34.	Me lavo los dientes.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
35.	Si me hago una herida, la limpio con cuidado.	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Alguna vez <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

1. ¿Eres chico o chica?

Chica

Chico

---

2. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

\_\_\_\_\_  
Día

\_\_\_\_\_  
Mes

\_\_\_\_\_  
Año

---

3. Por favor, anota la primera letra del nombre:

De tu madre

De tu padre

---

**¡Muchas gracias por tu participación!**

COLEGIO \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_

ID:

Fecha de cumplimentación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

RETEST

**ANEXO G. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Institut  
Universitari d'Investigación en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol**



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICA :

Que este Comité en la reunión del día 1 de julio de 2015, después de evaluar por petición de la Investigadora Principal Anna Maria Urpí Fernández el proyecto de investigación (P15/091) titulado: **Adaptación y validación del cuestionario "Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire" para medir las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años residente en España.**

Considera que respeta los principios éticos y metodológicos para que pueda ser llevado a cabo, por lo que ha acordado dar su aprobación definitiva .



Barcelona 22 de julio de 2015.

 Institut Català  
de la Salut

Còpia autèntica

Cognoms i nom  
Enriqueta Pujol-Riberg  
Data 22.7.2015

EPujol



**ANEXO H. Cuestionario KIDSCREEN-27**







## **Adaptación y validación del “Child and Adolescent Self-Care Performance Questionnaire” para evaluar las prácticas de autocuidado de la población infantil sana de 8 a 12 años**

Este estudio tiene como objetivo contribuir al desarrollo de un instrumento para medir el autocuidado infantil, es decir las actividades que los niños y niñas realizan por si mismos para el mantenimiento de su salud y bienestar. El cuestionario contiene preguntas acerca de hábitos y rutinas diarias.

### Instrucciones:

---

1. Por favor marca con una cruz **X** dentro del círculo O que mejor representa lo que frecuentemente tú realizas.
2. No es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas.
3. Recuerda que este cuestionario es anónimo.
4. Siéntete libre para escribir comentarios si lo deseas.
5. Tardarás un tiempo aproximado de 20 minutos o menos en contestarlo.
6. Por favor no te saltes ninguna respuesta.

¡Hola a todos!

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti.

Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas e incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

No tienes que enseñar tus respuestas a nadie. Nadie más, aparte de nosotros, verá tus respuestas; serán confidenciales.

Por favor, anota la fecha de hoy:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Eres chica o chico?

- Chica
- Chico

¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

- No
- Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## 1. Actividad física y salud

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

1.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en la última semana...

Nada      Un poco      Moderada-  
mente      Mucho      Muchísimo

2. ¿Te has sentido bien y en forma?

Nada      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

3. ¿Te has sentido físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, trepado, ido en bici)?

Nada      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

4. ¿Has podido correr bien?

Nada      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

Piensa en la última semana...

Nunca      Casi nunca      Algunas  
Veces      Casi  
siempre      Siempre

5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?

Nunca      Casi nunca      Algunas veces      Casi siempre      Siempre

## 2. Estado de ánimo y sentimiento

Piensa en la última semana...

Nada      Un poco      Moderada-  
mente      Mucho      Muchísimo

1. ¿Has disfrutado de la vida?

Nada      Un poco      Moderadamente      Mucho      Muchísimo

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 3. Tu vida familiar y tu tiempo libre

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000- 00751. Child and Adolescent Version  
Para la utilización del KIDSCREEN-27 es necesario solicitar la licencia, página web: [www.kidscreen.org](http://www.kidscreen.org)

## 4. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 5. El colegio

Piensa en la última semana...					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Has podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>



