

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Healthy pathways child report-scales: aportes metodológicos para su adaptación transcultural.

Interlandi, Ana Carolina y Carreras, María Alejandra.

Cita:

Interlandi, Ana Carolina y Carreras, María Alejandra (2012). *Healthy pathways child report-scales: aportes metodológicos para su adaptación transcultural. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/970>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/h4T>

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

HEALTHY PATHWAYS CHILD REPORT-SCALES: APORTES METODOLÓGICOS PARA SU ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

Interlandi, Ana Carolina - Carreras, María Alejandra

Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires - Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología

Resumen

El uso de una prueba psicológica en una cultura diferente a la de origen conlleva el riesgo de obtener resultados carentes de evidencias de validez y poco confiables. Es necesario realizar un proceso de adaptación transcultural que permita las equivalencias lingüística, semántica, cultural, métrica y funcional (Marín, 1986). En este trabajo se describirá Healthy Pathways Child Report-Scales (Bevans, Riley y Forrest, 2010) y se presentará una propuesta metodológica para su adaptación al contexto local.

Este cuestionario, en su versión original, permite evaluar el perfil de salud autopercebida en niños desde los 8 a los 14 años, período que se corresponde con la finalización de la niñez y el comienzo de la adolescencia. Las subescalas se proponen valorar los dominios: confort físico, psicológico y social, bienestar subjetivo, comportamientos de riesgo, resiliencia, vitalidad y logros escolares. La revisión se realizará según las recomendaciones de la International Test Commission (2010) y replicando los estudios concretados por los autores de la versión original. Los primeros pasos del proceso contemplarán una doble traducción (directa e inversa), entrevistas cognitivas utilizando el método probing y un estudio de frecuencia de las palabras; además de la tipificación y estandarización de las escalas del instrumento.

Palabras Clave

Adaptación escala salud niños

Abstract

HEALTHY PATHWAYS CHILD REPORT-SCALES: METHODOLOGICAL CONTRIBUTIONS FOR CROSS- CULTURAL ADAPTATION

The use of a psychological test in a different culture entails the risk of a lack of evidence on validity and reliability. It is necessary to conduct a cross-cultural adaptation process that allows linguistic semantic, cultural, functional and metric equivalence (Marin, 1986). This paper describes the Healthy Pathways Child Report-Scales (Bevans, Riley and Forrest, 2010) and presents a proposal to adapt the instrument to the local context.

This questionnaire, in its original version, assesses the profile of perceived health status in children from 8 to 14 years old. The subscales assess: physical comfort, subjective well-being, risk behaviors, resilience, vitality and school achievements.

The adaptation should be carried out following the recommendations of the International Test Commission (2010) and the replication of the studies done by the authors of the original version. The adaptation process contemplates: a double translation (forward and reverse), cognitive interviews using the probing method, a study of the frequency of words, and the standardization of the instrument scales.

Key Words

Adaptation scales health children

Introducción

La utilización de un instrumento psicológico en una cultura diferente a la de su origen conlleva el riesgo de obtener resultados erróneos que carezcan de evidencias de validez y poco confiables.

Los cuestionarios deben ser semejantes, en cuanto a contenido y propiedades psicométricas, entre contextos para garantizar que midan lo mismo en ambas sociedades en las que va a ser aplicado, llevando adelante equivalencias conceptuales como condición fundamental (Marín, 1986). Cuando ha sido construido en un ámbito con un idioma distinto se vuelve indispensable realizar un proceso de traducción y de adaptación transcultural, que permita el logro de las equivalencias lingüística y semántica.

Es por esto que el presente trabajo se propone, en primera instancia, describir una prueba psicológica y luego plantear teóricamente las diferentes etapas para su adaptación a la población de 8 a 14 años de la Ciudad de Buenos Aires.

El Healthy Pathways Child Report- Scales (Bevans et al., 2010) fue diseñado entre el John Hopkins Bloomberg School of Public Health y la Escuela de Medicina de la Marshall University. Fue creado para evaluar el perfil de salud autopercebida en infantes y adolescentes, y ha sido utilizado en un estudio epidemiológico longitudinal, el Healthy Pathways Project, que se realizó entre los años 2006 y 2008 en Estados Unidos.

El cuestionario permitió, en esa investigación, conocer la situación de salud, desde una perspectiva subjetiva, de los niños que se encuentran atravesando la transición de la niñez tardía a la adolescencia temprana (8 a 14 años) y comprender como los procesos salutógenos influyen en sus logros escolares (Bevans et al., 2010).

En Argentina no contamos con un instrumento, adaptado a nuestro

contexto, que indague sobre los aspectos centrales de la salud de los niños, y que sea apropiado para realizar investigaciones poblacionales. Es por esto que se considera fundamental llevar adelante la validación transcultural de esta herramienta.

En la infancia, la medida de la salud percibida representa un reto particular dada la baja prevalencia de problemas graves de salud y la escasa presencia de limitaciones funcionales (Rajmil, Serra-Sutton, Estrada, Fernández de Sanmamed, Guillamón, Riley et al., 2001).

La salud infantil es definida como “el grado en que los niños o grupos de niños son capaces de a) desarrollar todo su potencial, b) satisfacer sus necesidades y c) interactuar con éxito con sus entornos biológicos, físicos y sociales” (National Research Council, 2004, p. 33).

Tradicionalmente se han utilizado informantes indirectos, como los padres o los maestros, para evaluar la salud de los niños, sin embargo, la esencia de la valoración de la misma es la autopercepción (Casas, 2011; Rajmil, Serra-Sutton, Estrada, Fernández de Sanmamed, Guillamón, Riley y Alonso, 2004). Además, ya se ha demostrado en otras investigaciones que la concordancia en las respuestas entre padres e hijos es baja, sobre todo en aquellas dimensiones que tienen un componente subjetivo (Achembach, McConaughy y Howell, 1987; Youngstrom, Loeber, Stouthamer-Loeber, 2000; Žukauskiene, Pilkauskaitė-Valickiene, Malinauskienė, Krataviciene, 2004).

Características del Healthy Pathways Child Report- Scales

Las escalas que componen el instrumento fueron pensadas para ser administradas en la población infantil desde los 8 a los 14 años. En este período los infantes ya tienen un desarrollo incipiente del concepto de sí mismo y pueden planificar acciones, evaluar su progreso, y modificar los planes basándose en la reflexión y autorreflexión sobre éxitos y fracasos (Mangrulkar, 2001). Esta etapa es central en el desarrollo, ya que los procesos de transición entre la infancia y la adolescencia temprana reflejan cambios biológicos, cognitivos y sociales que implican una renegociación de las relaciones con la familia, los pares y la escuela (Adams y Berzonsky, 2003; Grolnick, Precio, Beiswenger Y Sauck, 2007; Lerner y Steinberg, 2004; Smetana, Campione-Barr, y Daddis, 2004; Steinberg & Silk, 2002).

Una limitación significativa, descrita por sus propios autores, del sistema de medición Child Health and Illness Profile (CHIP-CE) (Starfield, Bergner, Ensminger, Riley, Ryan, McGauhey et al., 1993; Starfield, Riley, Green, Ensminger, Ryan, Kelleher et al., 1995) es la incertidumbre sobre cuál de sus dos ediciones (para niños o adolescentes) es la más apropiada para utilizar con los adolescentes tempranos (de 10-12). Es por esto que, para garantizar una mayor sensibilidad a las características específicas de la salud de los niños que ingresan a la adolescencia, se decidió modificar la versión infantil del CHIP e incorporar preguntas de otros cuestionarios muy utilizados a nivel mundial, como son el KIDSCREEN (Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Power, et al. 2008), the Add Health Survey (Resnick, Bearman, Blum, Bauman, Harris, Jones et al., 1997) y el Response to Stress Questionnaire (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen & Saltzman, 2000).

Este instrumento tiene la característica de ser unidimensional, es decir que, cada una de sus escalas pueden usarse de forma independiente de las demás y su puntuación mide un solo constructo individual (Bevans et al. 2010). Se realizaron los estudios correspondientes

para obtener las evidencias sobre su confiabilidad y validez (Bevans et al., 2010).

Los dominios de la salud que evalúa el instrumento son:

- Confort: presenta una serie de síntomas físicos (dolor, fatiga y quejas somáticas) y emocionales (ansiedad, depresión y enojo) que pudieron haber sido experimentados por los niños.

Comprende además un tercer subconstructo llamado “reacciones negativas frente al estrés” que se refiere a las respuestas involuntarias y angustiantes frente a los desafíos interpersonales y sociales de la vida cotidiana (Connor-Smith et al, 2000). Estas reacciones son indicadoras de respuestas prolongadas y no adaptativas a nivel psicológico, físico y comportamental (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001; Sontag, Graber, Brooks-Gunn & Warren, 2008).

- Bienestar subjetivo: comprende las respuestas cognitivas y emocionales positivas frente a la vida, considerando tres indicadores: satisfacción, felicidad y autoestima. Además, también se evalúa la satisfacción con el aspecto físico / corporal y la propia imagen.

- Comportamientos de riesgo: valora la tendencia a desarrollar conductas que suponen una amenaza para la salud-como fumar, beber, consumir drogas o tener actividad sexual sin preservativo- y los comportamientos que ponen en peligro la interacción positiva con otros, tales como la agresión y el acoso escolar.

Las sub-escalas de agresión / acoso escolar se toman a todos los niños. Debido a que las conductas de riesgo no se producen en altas tasas en los preadolescentes, las preguntas sobre sexualidad y consumo de alcohol, tabaco o drogas son administradas a los niños de 11 a 14 años.

- Resiliencia: evalúa la capacidad para mantener la salud y mejorarla, haciendo frente a las demandas propias y del medio ambiente (Luthar, 2006).

Esta escala mide las estrategias de afrontamiento, las relaciones vinculares con la familia y cuán vinculado se siente el niño con sus pares. Los ítems que valoran el afrontamiento activo comprenden estrategias eficaces para minimizar el impacto de los problemas que los amenazan cotidianamente (Lazarus y Folkman, 1984).

También se cuenta con una serie de preguntas que indagan sobre los vínculos con los maestros, teniendo en cuenta la asociación entre la buena relación con los docentes y el éxito en la escuela (Birch y Ladd, 1998; Fredricks, Blumenfeld y Paris, 2004).

- Energía: abarca aspectos de salud relacionados con la gestión de la misma y los sentimientos de vitalidad y buena salud.

El nivel de un niño de energía contribuye de manera significativa en la medida de los recursos internos disponibles para satisfacer las exigencias de la vida (Luthar, 2006).

Las escalas se focalizan sobre la nutrición (la ingesta de alimentos) y la actividad física (el gasto de energía) y una nueva construcción de la vitalidad (la sensación de ser enérgico).

- Logros escolares: son las metas socialmente deseables alcanzadas por los niños en la escuela y con los pares (Riley, Forrest, Rebok, Starfield, Green, Robertson et al., 2004; Starfield, Riley, Breen, Ensminger, Ryan y Kelleher, 1995).

El rendimiento escolar se refiere al nivel de resultados que indiquen "cuán bien" se realizan las actividades escolares, como pueden ser la lectura y las matemáticas. También forma parte de este dominio la participación en el proceso de aprendizaje, que indaga sobre el grado en que los niños están interesados y involucrados en la adquisición de conocimientos y destrezas.

La mayoría de las preguntas del cuestionario contienen cinco opciones de respuesta en una escala Likert, casi todas se enmarcan en un período recordatorio de 4 semanas. Las secciones deben ser tomadas grupalmente por un administrador capacitado, que lee las consignas y supervisa el correcto llenado de los cuestionarios.

Propuesta metodológica para la adaptación transcultural del instrumento

El plan para la adaptación transcultural de este instrumento será desarrollado de manera conceptual en este apartado. Nos parece interesante presentar en forma teórica como se hará el proceso para este cuestionario, ya que muchas veces se presentan adaptaciones al medio local, pero no se conoce, ni se puede evaluar, la metodología que se utilizó.

Como ya se mencionó, es ineludible realizar un estudio en diferentes fases que permita las equivalencias lingüística, semántica, cultural, métrica y funcional (Marín, 1986) para evitar el riesgo de obtener resultados carentes de evidencias de validez y poco confiables al utilizar un cuestionario en un contexto diverso al de su creación.

Las adaptaciones deben seguir las recomendaciones de la International Test Commission (2010) y replicar los estudios efectuados por los autores originales de las escalas. En este caso para comenzar es necesario partir de dos traducciones independientes y a ciegas, del inglés al español, efectuadas por dos traductores técnico-científicos que tengan como lengua materna el español y residan en la Ciudad de Buenos Aires. El grado de dificultad en la traducción de cada ítem debe ser reportado y es un indicador de las preguntas que deben ser examinadas y evaluadas con más cuidado en las otras etapas de la validación.

La equivalencia (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005) es una característica de los resultados de las pruebas, que pueden verse afectados por el sesgo cultural. Se debe lograr una equivalencia entre la versión original y la nueva en cinco áreas:

Equivalencia semántica: implica responder a los siguientes interrogantes: ¿Las palabras significan lo mismo? ¿Son múltiples los significados para un mismo ítem? ¿Hay dificultades gramaticales en la traducción?

Equivalencia idiomática: los coloquialismos, modismos o ciertas palabras son difíciles de traducir. Se hace necesario formular una expresión equivalente en la versión argentina.

Equivalencia conceptual: las palabras pueden tener diferente significado conceptual entre culturas (por ejemplo, la definición de lo

que es la participación en las actividades escolares puede ser disímil entre culturas).

Equivalencia funcional: el contenido de los términos traducidos debe ser funcional, es decir, tiene que mantener el sentido psicológico del enunciado y no ser una traducción literal.

La traducción de términos como "grouchy", por ejemplo, se deben someter a una valoración profunda por parte de la población a la que va dirigido el cuestionario. Si la adaptación se basase solo en las traducciones, se corre el riesgo de hacer una traducción literal como "malhumorado" o "gruñón", que puede no tener un significado equivalente a la versión original o no ser bien comprendido.

Equivalencia cultural: los ítems siempre buscan captar las experiencias que ocurren en la vida cotidiana. Los habitantes de países o culturas diferentes, tienen experiencias, actividades y costumbres heterogéneas, por lo cual el cuestionario se adaptará a ellas. Para ejemplificar, ciertos hábitos que son preguntados en este cuestionario, como el mascado de tabaco, no son frecuentes en los niños de nuestros contextos.

La realización de entrevistas cognitivas es otro punto importante para comprobar la comprensión de las palabras y frases, mejorar y facilitar la formulación de las preguntas y adaptarlas al vocabulario de uso frecuente de los niños, así como para evaluar la pertinencia del período recordatorio, de la escala de respuestas y la extensión del cuestionario (Willis, 1999).

Hay dos metodologías para su realización, en este caso se trabajará con el método probing (Conrad, Blair y Tracy, 2003): una vez contestados los ítems se pedirá a los niños que describan con sus palabras el significado de cada respuesta dada. Uno de los indicadores importantes a evaluar es la cantidad de puntos respondidos adecuadamente, de acuerdo a los niveles atencionales según la edad de los infantes.

Se abarca generalmente la valoración de la comprensión de los siguientes aspectos:

1. Palabras y frases (preguntas) y su significado.
2. Opciones de respuesta, solicitando a cada niño que ponga ejemplos relacionados. Además, deberán colocar las opciones de respuesta en una escala visual analógica (EVA) que se les facilitará en un papel aparte.
3. Período recordatorio.

Estas entrevistas se analizan de forma cualitativa y pueden ser complementadas con estudio de las frecuencias de uso de las palabras. Para esto se trabaja habitualmente con el Diccionario de Frecuencias de las Unidades Lingüísticas del Castellano (Alameda & Cuetos, 1995) y con las bases de datos, Lex I y II para el idioma español, elaboradas sobre el vocabulario escrito de niños entre 6 y 10 años (Santiago, Justicia, Patina, Huertas & Gutiérrez, 1996). Lamentablemente no se cuenta con una base local, lo cual puede limitar la contextualización de los resultados que se puedan obtener con este método.

Para la tipificación y estandarización del instrumento, la versión final

(previamente consensuada por un panel de expertos) se administrará a una muestra de niños de 8 a 14 años de escuelas de diferente nivel socioeconómico del lugar para el cual se efectúa la adaptación, en este caso, la Ciudad de Buenos Aires. Los autores del cuestionario piden, basándose en su experiencia previa, una muestra de al menos 200 casos, apareados según sexo y edad.

En cuanto a los análisis estadísticos para verificar la equivalencia métrica se utilizarán métodos derivados tanto de la teoría clásica de los test como de la teoría de respuesta al ítem. Para confirmar la validez de estructura de esta prueba se efectuará un análisis factorial exploratorio con rotación Oblimin y se comparará con los datos obtenidos por el instrumento original en inglés que serán facilitados por sus autores (Rajmil, Serra-Sutton, Alonso, Herdman, Riley et al. 2003).

Conclusiones

Este trabajo describió un instrumento, el Healthy Pathways Child Report-Scales (Bevans y col., 2010), y presentó una propuesta para su adaptación al contexto local.

Si bien es una introducción teórica, busca mostrar cómo puede hacerse un proceso de adaptación transcultural, que incluye la traducción de las escalas, pero no se queda solo en ella.

La revisión de la prueba requiere una serie de pasos, donde lo central son las opiniones y relatos del grupo para el cual se está validando, y el consenso de los expertos en el tema.

Consideramos que el adaptar un cuestionario para medir la salud autopercibida en niños es de interés para conocer sus características a nivel poblacional, y generar políticas de salud orientadas hacia la promoción de la misma.

Bibliografía

1. Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross informant correlations for situational specificity. *Psychol Bul*, 101, 213-32.
2. Alameda, J. R., Cuetos, F. (1995). *Diccionario de frecuencias de las unidades lingüísticas del castellano*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
3. Bevans, K. B., Riley, A. W., Forrest, C. B. (2010). Development of the Healthy Pathways Child-Report Scales. *Qual Life Res*, October, 19(8), 1195–1214.
4. Birch, S., & Ladd, G. (1998). Children's interpersonal behaviors and the teacher-child relationship. *Developmental Psychology*, 34(5), 934–946.
5. Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.
6. Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976–992.
7. Conrad, F., Blair, J., Tracy, E. (2003). Verbal reports are data! A theoretical approach to cognitive interviews. Extraído el 3 de mayo de 2012 desde: <http://www.fcs.m.gov/99papers/conrad1.pdf>
8. Fredricks, J. A., Blumenfield, P. C., & Paris, A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74(1), 59–109.

9. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
10. Hambleton, R. K., Merenda, P. F., Spielberger, C. D. (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
11. International Test Commission. (2010). *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. Extraído el 10 de mayo de 2012 de :<http://www.intestcom.org>.
12. Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 739–795). New York: Wiley.
13. Marín, G. (1986). Consideraciones metodológicas básicas para conducir investigaciones psicológicas en América latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 32, 183-192.
14. National Research Council and Institute of Medicine. (2004). *Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington (DC): National Academies Press.
15. Rajmil L., Estrada M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., Alonso J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit*, 15 (Supl. 4), 34-43.
16. Rajmil L., Serra-Sutton V., Estrada M. D., Fernandez de Sanmamed, M.J., Guillamón I., Riley A., y Alonso J. (2004). Adaptación de la versión española del Perfil de Salud Infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE). *An Pediatr (Barc)*, 60(6), 522-9.
17. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Auquier, P., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the KIDSCREEN Group. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, Jul-Aug, 11(4), 645-58.
18. Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H., Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
19. Riley, A. W., Forrest, C. B., Reebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., Friello, P. (2004). The child report form of the CHIP-child edition: Reliability and validity. *Medical Care*, 42(3), 221–231.
20. Riley, A.W., Green, B.F., Forrest, C.B., Starfield, B., Kang, M., and Ensminger, M.E. (1998). A taxonomy of adolescent health: Development of the adolescent health profile-types. *Medical Care*, 36(8), 1228–1236.
21. Santiago, J., Justicia, A., Palma, D., Huertas, N. (1996). LEX I y II: 'Two databases of surface word forms for psycholinguistics research in Spanish'. *Behaviour Research Methods, instruments. Computers*, 28 (3), 418-426.
22. Sontag, L. M., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (2008). Coping with social stress: Implications for psychopathology in young adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1159–1174.
23. Starfield B. (1987). Child health status and outcome of care: a commentary on measuring the impact of medical care in children. *J Chron Dis*, 40(Suppl), 109-15.
24. Starfield, B., Bergner, M., Ensminger, M., Riley, A., Ryan, S., Green, B., McGauhey, P., Skinner, A., Kim, S. (1993). Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics*, 91, 430-5.
25. Starfield, B., Riley, A., Breen, B., Ensminger, M., Ryan, S., & Kelleher, K. (1995). The adolescent child health and illness profile: A population-based measure of health. *Medical Care*, 33(5), 553–566.
26. Starfield, B., Riley, A.W., Witt, W.P., and Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and*

Community Health, 6(5), 354–361.

27. van der Linden, W. J., Hambleton, R. K. (1997). Handbook of modern item response theory (1a. ed.). New York: Springer.

28. Willis G. B. (1999) Cognitive Interviewing. A “How To” Guide. Research Triangle Institute

Reducing Survey Error through Research on the Cognitive and Decision Processes in Surveys. Short course presented at the 1999 Meeting of the American Statistical Association.

29. Youngstrom, E.A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male youth behavior ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:1038-5.

30. Žukauskiene, R., Pilkauskaite-Valickiene, R., Malinauskiene, O., Kraviciene, R. (2004). Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: cross-informant and longitudinal associations. *Medicina*, 40.