



Pediatría

http://www.revistapediatria.org/
DOI: https://doi.org/10.14295/rp.v53i4.206



Originales

Calidad de vida en población pediátrica entre los 7 a 11 años con discapacidad intelectual. Barranquilla 2017 - 2018

Irma Regina Caro^a, Sindy Margareth Bermejo^b, Osmar De Jesús Pérez^b, Víctor Manuel Barbosa^b Lady Guisella Triviño^b

^a Grupo de investigación para la educación y el desarrollo integral de la niñez, Departamento de Neurología Infantil, Posgrado Pediatría Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia

^b Grupo de investigación para la educación y el desarrollo integral de la niñez, Posgrado Pediatría Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 13 junio 2020

Aceptado: 02 marzo 2021

Palabras clave:

Calidad de vida

Discapacidad intelectual

Educación

Participación Social

Integración Social

Inclusión

Colombia.

R E S U M E N

Antecedentes: La discapacidad intelectual, se presenta en aproximadamente el 3 % de la población mundial, aumentando en la población infantil hasta en un 10 %. La discapacidad intelectual requiere intervención interdisciplinaria en diferentes áreas profesionales, los servicios médicos, psicológicos y educativos. El conocimiento sobre la calidad de vida en estos pacientes es la piedra angular en la revisión de protocolos, las recomendaciones y en la toma de decisiones para enfocar las medidas tendientes a mejorar su la calidad de vida.

Objetivo: evaluar la calidad de vida en niños entre los 7 a 11 años con discapacidad intelectual. Barranquilla, periodo 2017 - 2018.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo con aplicación de encuesta. Pacientes entre los 7 a 11 años con diagnóstico de algún grado de discapacidad intelectual, en seguimiento por neuropediatría. Se aplicó la Escala KidsLife, diseñada y validada para evaluación de calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

Resultados: El sexo masculino alcanzó la mayor frecuencia de la población con el 61 %. Edad media de 9.2 ± 1.4 años. El 50 % presentaban discapacidad intelectual leve, la distribución por dimensiones evidenció que para la inclusión social el 69 % presentaban percentil < 50 en la autodeterminación. El 51 % en el percentil ≥ 50 , en bienestar emocional, mientras que el 54 % en el percentil ≥ 50 .

Conclusiones: El índice de calidad de vida en niños entre los 7 a 11 años con discapacidad intelectual presenta percentiles menores a 50 en el 37 % de los casos, lo que demuestra una percepción de calidad de vida con algún grado de deficiencia, denotándose especialmente en las dimensiones de autodeterminación, relaciones interpersonales, bienestar físico y desarrollo personal.

*Autor para correspondencia. Sindy Margareth Bermejo Padilla
Correo electrónico: shin_02@hotmail.com

Quality of life in children between 7 and 11 years old with intellectual disability. Barranquilla 2017 - 2018

A B S T R A C T

Keywords:

Quality of life
Intellectual Disability
Education
Social Participation
Social Integration
Inclusion
Colombia.

Background: Intellectual disability occurs in approximately 3 % of the world population, increase in the child population by up to 10 %. Intellectual disability requires interdisciplinary intervention in different professional areas, medical, psychological, and educational services. Knowledge about the quality of life in these patients is the cornerstone in reviewing protocols, recommendations, and decision-making to focus on improving their quality of life.

Objective: Evaluate the quality of life in children between 7 and 11 years old with intellectual disabilities. Barranquilla, period 2017 - 2018.

Materials and Methods: Descriptive, prospective study with survey application; patients between 7 and 11 years of age diagnosed with some degree of intellectual disability, being followed up by neuro pediatric. The KidsLife Scale was applied, designed, and validated to assess children and adolescent's quality of life with intellectual disabilities.

Results: The male sex reached the highest frequency of population with 61 %, mean age 9.2 ± 1.4 years, 50 % had a mild intellectual disability, the distribution by dimensions showed that for social inclusion, 69 % had a <50 percentile, in self-determination 51 % percentile ≥ 50 , in emotional well-being 54 % percentile ≥ 50 .

Conclusions: The quality-of-life index in children between 7 to 11 years of age with an intellectual disability presents lower 50th percentiles in 37 %, which that demonstrates a perception of quality of life with some degree of deficiency, denoting itself primarily in the dimensions of self-determination, interpersonal relationships, physical well-being, and personal development.

Introducción

La discapacidad intelectual (DI) es una condición generalmente permanente caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y alteración concomitante de la actividad adaptativa. Se considera como un síndrome asociado a múltiples entidades clínicas; algunos autores lo describen como un estado de desarrollo mental incompleto donde el individuo no logra por sí mismo su adaptación al medio (1), siendo la capacidad intelectual significativamente inferior al de la población en general, con dependencia y menor responsabilidad de la esperada (2).

La DI se reporta en la literatura en el 3 % a nivel mundial, incrementándose en la población infantil hasta en un 10 %; se considera que hasta el 85 % es educable, el 10% entrenables y el 5 % restante custodiables. La DI requiere intervención interdisciplinaria, servicios médicos, psicológicos y educativos los cuales deben interactuar en el correcto manejo de esta población.

La percepción de calidad de vida de los pacientes con DI se relaciona con varios factores; autores como Moeschler y cols. (3) han descrito que este impacta directamente la calidad de vida de los pacientes, y que este impacto es igualmente evidente desde las edades más tempranas en la niñez, contrario a lo que reporta Lao y cols. (4), quien sugería que durante la infancia esta percepción no es significativa.

El estudio realizado previamente por Caro y cols. evidenció que el índice de calidad de vida en niños entre los 7 a 11 años con discapacidad intelectual presenta percentiles menores 50 en el 46 %, con una media de puntuación estándar compuesta

98.4 ± 5 , lo que demuestra una percepción de calidad de vida con algún grado de deficiencia, denotándose especialmente en las dimensiones de inclusión social, autodeterminación, relaciones interpersonales y bienestar físico (5).

Discapacidad intelectual y educación

La estadística del número de niños de 0 a 14 años que viven con discapacidad oscila entre 93 millones (7, 8) y 150 millones. La Organización Mundial de la Salud publica en el 2011 su informe sobre discapacidad; analizando el documento se reconoce la necesidad de investigaciones y formulación de políticas en búsqueda de una sociedad inclusiva, que permita el progreso de las personas con discapacidad, este informe da pautas y recomendaciones en varios ambientes, incluyendo la educación.

La inclusión, en un sentido más estricto, implica que todos los niños con discapacidad deben ser educados en aulas convencionales con otros niños de su misma edad. En este enfoque se destaca la necesidad de modificar todo el sistema escolar. La educación inclusiva entra a identificar y eliminar las barreras y realizar los ajustes razonables para que cada educando pueda participar y aprender en ambientes convencionales.

La información obtenida sobre calidad de vida en población pediátrica con retraso mental se ha considerado escasa, el conocimiento sobre la calidad de vida en estos pacientes es la piedra angular en la revisión de protocolos, las recomendaciones y en la toma de decisiones para enfocar las medidas tendientes a mejorar la calidad de vida en estos pacientes; así entonces se justifica la realización de la presente investigación.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo con aplicación de encuesta. La población está compuesta por la totalidad de los pacientes entre los 7 a 11 años con diagnóstico de algún grado de retraso mental según registro de historia clínica por Clasificación Internacional de enfermedades, 10.^a edición (CIE-10), que acudieron a seguimiento por el servicio de Neuropediatría (Institución de salud con atención a régimen contributivo, Barranquilla). Muestra por conveniencia de 100 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Niños entre los 7 a 11 años, 2) Niños con diagnóstico de algún grado de discapacidad intelectual, 3) Aceptación de ingreso al estudio, por parte del responsable del menor (consentimiento informado) y 4) Presencia de cuidador por los menos los últimos seis meses. Como único criterio de exclusión se consideró que el responsable del menor no tuviera tiempo de cuidado de al menos seis meses.

Durante la consulta de Neuropediatría, se reclutó en el estudio a cada paciente de acuerdo que cumplió los criterios de inclusión. Se aplicó encuesta de Escala KidsLife (6) validada en Colombia por Salamanca y cols. (9), diseñada para evaluación de calidad de vida en niños y adolescentes con DI, esta consta de 96 ítems, con valoraciones que van desde 1 a 4, organizados en torno a ocho dimensiones de calidad de vida. La encuesta se aplicó a un observador externo que conozca bien a la persona (al menos desde hace seis meses) y que tenga oportunidades de observarla durante periodos prolongados en diversos contextos (padres, profesionales, educadores, familiares y personas allegadas proveedoras de apoyo).

La escala se organiza en torno a ocho subescalas que se corresponden con las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida: 1) Inclusión social, 2) Autodeterminación, 3) Bienestar emocional, 4) Bienestar físico, 5) Bienestar material, 6) Derechos, 7) Desarrollo personal y 8) Relaciones interpersonales. Los 96 ítems que la conforman están enunciados en tercera persona para ser respondidos con una escala de frecuencia de cuatro opciones: nunca, a veces, frecuentemente y siempre (6). Una vez respondidos los 96 ítems que conforman la Escala KidsLife, se calcularon las puntuaciones directas relativas a cada una de las ocho dimensiones.

Para obtener el Índice de Calidad de Vida se sumaron las puntuaciones estándar de las ocho dimensiones y se anota el resultado en «Puntuación Estándar Total (suma)». Este valor se convirtió en el Índice de Calidad de Vida (o Puntuación Estándar Compuesta) mediante tablas prediseñadas y a su correspondiente percentil.

El Índice de Calidad de Vida, también denominado «Puntuación estándar compuesta», tiene una distribución con media 100 y desviación típica de 15. Los percentiles indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Cuanto mayor es el percentil obtenido, mayor es la puntuación en calidad de vida (6).

El Perfil de Calidad de Vida se encuentra al final de la hoja resumen de puntuaciones, en la última página del cuestionario. Proporciona una representación gráfica de las puntuaciones estándar obtenidas en las ocho dimensiones de calidad de vida, el Índice de Calidad de Vida y sus correspondientes percentiles. El perfil obtenido permite discriminar de un modo sencillo cuales son las dimensiones con puntuaciones más bajas y altas, proporcionando una información muy útil acerca de resultados personales relacionados con la calidad de vida que pueden ser objeto de planificaciones centradas en la persona (6).

Se incluyó la valoración independiente de la percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos, como favorable o desfavorable; además de la escolarización, determinada por los datos diligenciados en la encuesta.

La tabulación de la información se realizó en el programa Epi Info™ 7.0; el análisis estadístico incluye métodos cuantitativos, se valoraron parámetros estadísticos descriptivos y se muestran con el diagnóstico CIE-10 de la historia clínica. Este estudio fue avalado por el Comité de bioética e investigación de la Universidad Metropolitana de Barranquilla y clasificado como investigación sin riesgo.

Resultados

Se presenta la valoración de calidad de vida mediante encuesta de Escala KidsLife en 100 pacientes. El sexo masculino alcanzó la mayor frecuencia en la muestra estudiada con el 61 % (Tabla 1). El 55 % de la muestra presenta edad entre los 7 a 9 años, con una media 8.8 ± 1.4 años (Tabla 1). La distribución de acuerdo con el grado de discapacidad intelectual evidenció que en la muestra estudiada la mayor frecuencia estuvo en pacientes con DI leve con el 50% (Tabla 1).

La distribución por inclusión social, mostró que el 69 % de los pacientes evidenciaron percentil < 50 en esta dimensión, para la autodeterminación el 51 % de los pacientes evidenciaron percentil < 50 , el bienestar emocional el 54 % de los pacientes evidenciaron percentil ≥ 50 , bienestar físico el 52 % de los pacientes evidenciaron percentil ≥ 50 en esta dimensión, bienestar material el 63 % percentil ≥ 50 , el 84 % de los pacientes evidenciaron percentil ≥ 50 para la dimensión de derechos, el desarrollo personal el 60% de los pacientes evidenciaron percentil ≥ 50 , el 56 % de los pacientes evidenciaron percentil ≥ 50 en la dimensión de relaciones interpersonales; el 63 % de los pacientes evidenciaron índice de calidad de vida \geq percentil 50; la media de la puntuación estándar compuesta o índice de calidad de vida fue de 101.6 ± 7.6 (tabla 4).

La percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos es considerada como favorable en el 74 % (Tabla 5). La distribución de acuerdo con la escolaridad por grados de DI evidenció que el 95.2% de los menores con DI moderada se encuentran escolarizados, le sigue en frecuencia el DI leve con el 92.8 %, la DI no especificada (moderada – grave) con el 44.5 %. Los 13 pacientes con DI grave – profunda no estaban escolarizados (13 %) y solo el 57 % de la población restante asistía a centros educativos.

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

VARIABLE	No (n=100)	%
SEXO		
Masculino	61	61 %
Femenino	39	39 %
EDAD		
7 – 9 años	55	55 %
10 – 11 años	45	45 %
GRADO DI		
DI Leve	50	50 %
DI Moderada	24	24 %
DI Grave	10	10 %
DI Profunda	3	3 %
DI no especificada	13	13 %

Fuente: Encuestas calidad de vida Escala KidsLife. DI: Discapacidad intelectual

Tabla 2. Distribución de acuerdo con distribución de percentiles por dimensiones en Escala KidsLife e Índice de calidad de vida

Dimensión	N (%)	Media Percentil ± DS
Inclusión social	69(69 %)	
< percentil 50	31(31 %)	37 ± 17
≥ percentil 50		
Autodeterminación	51(51 %)	
< percentil 50	49(49 %)	42.2 ± 13.7
≥ percentil 50		
Bienestar emocional	46(46 %)	
< percentil 50	54(54 %)	55.3 ± 8.4
≥ percentil 50		
Bienestar físico	48(48 %)	
< percentil 50	52(52 %)	46.2 ± 7.8
≥ percentil 50		
Bienestar material	37(37 %)	
< percentil 50	63(63 %)	53.7 ± 3.2
≥ percentil 50		
Derechos	16(16 %)	
< percentil 50	84(84 %)	55.6 ± 6.6
≥ percentil 50		
Desarrollo personal	40(40 %)	
< percentil 50	60(60 %)	49.7 ± 9.6
≥ percentil 50		
Relaciones interpersonales	44(44%)	
< percentil 50	56(56%)	44.4 ± 16.3
≥ percentil 50		
Índice de calidad de vida	37(37%)	
< percentil 50	63(63%)	53.9 ± 18
≥ percentil 50		

Fuente: Encuestas calidad de vida Escala KidsLife

Tabla 3. Distribución de acuerdo con percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos

PERCEPCION DE APOYO	No	%
Favorable	37	74 %
Desfavorable	13	26 %
TOTAL	50	100 %

Fuente: Encuestas calidad de vida Escala KidsLife.

Tabla 4. Distribución de percentiles por índice de calidad de vida y sexo, edad y grado de discapacidad intelectual

Percentil	< 50 N (%)	≥ 50 N (%)	Valor de p
Variables			
Sexo			
Masculino	22(59.4 %)	39(61.9 %)	p=.80
Femenino	15(40.6 %)	24(38.1 %)	
Edad			
7 – 9 años	21(56.7%)	40(63.4 %)	p=.50
10 – 11 años	16(43.3%)	23(36.6 %)	
Grado de DI			
DI Leve	12(32.4 %)	38(60.3 %)	p=.007
DI Moderado	9(24.3 %)	15(23.8 %)	p=.9
DI Grave	5(13.5 %)	5(7.9 %)	p=.36
DI Profunda	2(5.5 %)	1(1.6 %)	p=.27
DI No especificada	9(24.3 %)	4(6.4 %)	p=.009

Fuente: Encuestas calidad de vida Escala KidsLife. DI = Discapacidad intelectual

Al comparar los percentiles de índice de calidad de vida con el sexo, la edad y el grado de DI, se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a mayores percentiles en pacientes con DI leve, demostrándose significativamente una mejor percepción de calidad de vida comparada con otros grados de DI (Tabla 6).

Discusión

La discapacidad intelectual (DI) puede ser considerada como un problema médico, psicológico o educativo, pero se trata fundamentalmente de un problema social, que impacta directamente en la calidad de vida del paciente y de su entorno. La encuesta de calidad de vida Escala KidsLife es una herramienta validada recientemente en Colombia por Salamanca y cols. (9); para valorar la calidad de vida de niños y adolescentes con DI y es esta investigación la primera en Colombia que la utiliza en pacientes con este diagnóstico, esta fue realizada en dos cortes, el primero en el año 2017 (5) y este segundo corte donde se suma el año 2018, además de la valoración de la percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos.

Se incluyeron un total de 100 niños entre los 7 a 11 años de edad con diferentes grados de DI, donde entre los 7 a 9 años se observó una frecuencia del 55 %, la media fue 9.2 ± 1.4 años, observándose un aumento en 0.4 años con respecto al primer corte (5); en cuanto al sexo, el masculino mostró la mayor pre-

valencia con el 61 % sin mayor diferencia a lo reportado previamente (64 %), este comportamiento ha sido ampliamente descrito, ejemplo de esto, López y cols. (9) en Cuba, reporta 57.6 % de varones en población pediátrica con DI. En cuanto al grado de DI, la DI leve se observó en el 50 %, inferior a lo reportado en la primera corte donde este se observó en el 72 %, así entonces el comportamiento de esta corte se asemeja a los 48.8 % descritos por López y cols. (10).

La Escala KidsLife fue desarrollada partiendo del modelo de 8 dimensiones que plantea Schalock y Verdugo (11,12), este modelo ha tenido gran aceptación a nivel mundial y a partir de este se han desarrollado prácticas e intervenciones (13-16). Su interpretación en percentiles muestra que a mayor percentil mayor percepción de mejor calidad de vida, a partir de esto la dimensión con mejor percepción fue los derechos con media de 55.6 ± 6.6, los indicadores de esta son el ejercicio de derechos, intimidad, confidencialidad, respeto y conocimientos de derechos; seguidamente el bienestar emocional alcanzó una media de 55.3 ± 8.4, siendo esta en el corte anterior la de mejor percepción (5), siendo sus principales indicadores la satisfacción con la vida, el autoconcepto, la afectividad, emociones y la estabilidad.

El bienestar material (cumplimiento de las necesidades básicas) evidenció una media sin mayores diferencias a las reportadas previamente 53.7 ± 3.2 vs 53.5 ± 2.9; el desarrollo personal media de 49.7 ± 9.6, el bienestar físico media de 45.8 ± 8.1, las relaciones interpersonales 44.4 ± 16.3, la autodeterminación 42.2 ± 13.7 y la inclusión social 37 ± 17 siendo esta la

dimensión con menor percepción de calidad de vida tanto en el primer corte como en este corte final (5), reafirmando lo que reporta Moeschler y cols. (3) quien menciona que hasta el 93.4 % de los menores con DI son en algún grado excluidos socialmente.

La media del índice de calidad de vida fue de 53.9 ± 18.0 con un 63 % en percentil ≥ 50 , se evidencia así un aumento significativo en la percepción de una mejor calidad de vida comparando con los reportes del primer corte donde la media del índice de calidad de vida fue de 43.3 ± 12.5 ; aunque el aumento es de mejor percepción de calidad de vida, este no es el ideal, y se puede explicar por la baja percepción en la inclusión social, siendo este un punto donde debe enfocarse las medidas tendientes a mejorar la calidad de vida.

En esta serie se incluyó la valoración independiente de la percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos, estas fueron consideradas como favorables en el 74 %, donde el 95.2 % de los menores con DI moderada se encuentran escolarizados, seguidos por el 92.8 % de los menores con DI leve, la DI no especificada (moderada – grave) con el 44.5 %, y el 33.3 % en la DI grave y profunda, evidenciándose una caída de las cifras de la escolaridad relacionadas directamente con el nivel de DI; la escolarización de los menores con diferentes discapacidades ha demostrado mejor percepción de calidad de vida, por lo que en este punto se deben enfocar diferentes medidas tendiente a mejorar el acceso en esta población.

Los resultados demostraron una asociación significativa de mejor percepción de calidad de vida en los menores con DI leve comparado con otros grados; esto ha sido descrito por autores como Fernández y cols. (1) el cual menciona que, a mayor grado de DI, menor es la calidad de vida de estos.

Encontramos como limitaciones, el ser un estudio unicéntrico realizado en una población reducida, lo que podría subestimar o sobrestimar los resultados obtenidos. Además, en la interpretación de la escala en resultados de percepción de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos, no fue posible evaluar los motivos de desescolarización; variable que sería importante caracterizar en estudios futuros centrados en la calidad de vida de esta población. Sin embargo, dado que encuestamos un número considerable de pacientes que cumplían los criterios de inclusión, consideramos que los resultados son generalizables y reflejan las necesidades en este campo.

Aunque definitivamente es una discapacidad permanente, diferentes medidas de intervención psicopedagógica pueden mejorar las habilidades cognitivas y adaptativas del paciente, por lo que el diagnóstico precoz desde la atención primaria tiene una especial relevancia, principalmente en las formas leves. Del mismo modo, la aproximación etiológica no solo favorece un pronóstico más ajustado, sino que podrá anticipar tratamientos específicos o complicaciones asociadas a la enfermedad de origen.

Conclusiones

Los resultados llevan a concluir que el índice de calidad de vida en niños entre los 7 a 11 años de edad con discapacidad intelectual presenta percentiles menores 50 en el 37%, con una media de puntuación estándar compuesta 101.6 ± 7.6 , lo que demuestra una percepción de calidad de vida con algún grado de deficiencia, denotándose especialmente en las dimensiones de inclusión social, autodeterminación, relaciones interpersonales, bienestar físico y desarrollo personal; la percepción de calidad de vida es inversamente proporcional al grado de discapacidad intelectual, así entonces a menor grado de discapacidad intelectual se observa una mejor percepción de calidad de vida. La percepción desfavorable de apoyo e intervenciones en el contexto natural de centros educativos representa un número no despreciable de la población, al igual de la no escolarización, mostrándose inversamente proporcional al grado de discapacidad intelectual.

La Escala KidsLife es una herramienta de gran utilidad en la evaluación de calidad de vida en estos pacientes, ya que el perfil obtenido permite de manera inmediata discriminar de un modo sencillo cuales son las dimensiones con puntuaciones más bajas y altas, proporcionando una información muy útil acerca de resultados personales relacionados con la calidad de vida que pueden ser objeto de planificaciones centradas en la persona.

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda la realización de políticas y programas que permitan mejorar desde diferentes ámbitos las medidas de inclusión social debido a que fue la variable que influyó negativamente en la calidad de vida de los niños. De la misma manera implementar programas educativos tendientes a mejorar la sensibilización de la sociedad hacia los niños con discapacidad intelectual.

Conflicto de interés

Ninguna declarada por los autores.

Financiación

Recursos propios

REFERENCIAS

1. Fernández J, Calleja B. Retraso mental desde la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;39(4): 141-6.
2. Israel J, Valdespino L, Lugones M. Retraso mental y calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21: 1-7.
3. Moeschler JB. Medical genetics diagnostic evaluation of the child with global developmental delay or intellectual disability. *Curr Opin Neurol* 2008; 21:117.
4. Lao JI. Acercamiento diagnóstico y asesoramiento genético en el retraso mental. *Rev Neurol.* 2001;33:15-65.

5. Caro I, Pérez O, Barbosa V, Ortega I. Evaluación de la calidad de vida en niños entre los 7 a 11 años con retraso mental. Barranquilla periodo enero a diciembre de 2017. Tesis Unimetro 2018.
6. Gómez L, Verdugo M, Fontanil Y, Monsalve A. Escala KidsLife: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. 2016;1-101.
7. Global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
8. World population prospects: the 2008 revision population database: highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009.
9. Salamanca-Duque LM, Mora-Anto A, Córdoba-Andrade L. Adaptación transcultural para Colombia de la Escala KidsLife para personas con discapacidad intelectual y múltiple. Rev. Fac. Med. 2019;67(2):2.
10. López I, et al. Retraso mental y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr . 2005; 21(5-6): 18-21
11. Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2012; 7:71-81.
12. Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Reinders, H. Moving us towards a theory of individual quality of life. American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities. 2016;121:1-12.
13. Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B., Navas, P. y Schalock, R. L. Measuring quality of life in persons with intellectual and multiple disabilities: Validation of the San Martín Scale. Research in Developmental Disabilities. 2014;35:75-86.
14. Gómez, L. E., Arias, B., Verdugo, M. A., Tassé, M. J. y Brown, I. Operationalization of quality of life for adults with severe disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2015;59:925-941.
15. Carbó-Carreté, M., Guàrdia-Olmos, J., Giné, C. y Schalock, R. L. A Structural Equation Model of the relationship between physical activity and quality of life. International Journal of Clinical and Health Psychology. Advance online publication. 2015.
16. Claes, C., van Hove, G., van Loon, J., Vandeveldel, S. y Schalock, R. L. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disabilities: Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. Social Indicators Research. 2012;98: 61-72.
17. Van Loon, J. H. M., Bonham, G. S., Peterson, D. D., Schalock, R. L., Claes, C. y Decramer, A. E. M. The use of evidence-based outcomes in systems and organizations providing services and supports to persons with intellectual disability. Evaluation and Program Planning. 2013;36: 80-87.
18. Wang, M., Schalock, R. L., Verdugo, M. A. y Jenaro, C. Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010;115:218-233.