

Versión de la Escala KidsLife para tres ciudades de Colombia¹

Version of the KidsLife Scale for three cities in Colombia

Leonor Córdoba Andrade lorand@gmail.com

Profesora de Planta Universidad del Tolima. Colombia

Luisa Matilde Salamanca Duque

Profesora de Planta, Universidad Autónoma de Manizales. Colombia

Adriana Mora Antó

Profesora Pontificia Universidad Javeriana, Cali; Universidad Mariana, Pasto. Colombia

Resumen

El constructo calidad de vida se ha adoptado como indicador de resultados en diversos contextos de atención a la discapacidad y grupos poblacionales, entre ellos, los niños y los adolescentes. Enfocada en su medición, se construyó la Escala "KidsLife" para personas con discapacidades múltiples (Gómez et al. 2016a, 2016b). El objetivo fue adaptar y validar la Escala KidsLife. Se desarrolló un estudio instrumental. La muestra estuvo conformada por 220 personas con discapacidad intelectual y múltiple entre 4 y 21 años, y un informante clave. La escala tiene 96 ítems, en ocho dimensiones de calidad de vida: inclusión social, autodeterminación, bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, derecho, desarrollo personal y relaciones interpersonales. Se llevó a cabo la adaptación transcultural donde los investigadores efectuaron ajustes gramaticales; validación de contenido por juicio de expertos, quienes valoraron importancia, influencia, observancia y adecuación gramatical de cada ítem; revisión de la escala por autor original; prueba piloto para obtener versión final y; aplicación de la Escala, previa firma del consentimiento informado. Los principales resultados muestran que se presentó un mayor nivel de acuerdo entre jueces en Autodeterminación; contrariamente, el menor acuerdo se dio en Desarrollo Personal. Se encontró además, que el modelo de calidad de vida que se compone de ocho dimensiones relacionadas entre sí, presenta el mejor ajuste a los datos en el contexto colombiano. La fiabilidad compuesta de las ocho dimensiones supera el valor de 0.60, inclusive, los valores están por encima de 0.80. La fiabilidad del modelo en general, resulta ser mucho más alta (0.979). Las correlaciones entre las dimensiones del modelo seleccionado fueron satisfactorias, comprendidas entre 0.345 y 0.805. El modelo de ocho factores informa positivamente la validez y la fiabilidad de los indicadores, lo cual representa adecuadamente la calidad de vida de la Escala adaptada y validada en las tres ciudades colombianas.

Palabras clave

calidad de vida, niños, adolescentes, discapacidad, validez de las pruebas.

¹ Esta ponencia es un producto del proyecto de investigación titulado "Validación de la Escala de Evaluación de Calidad de Vida para niños y adolescentes con discapacidad intelectual -KidsLife- en tres ciudades de Colombia" financiado por: Universidad del Tolima, Universidad Autónoma de Manizales y Universidad Javeriana, Cali. Asesora: Dra. Laura Elizabeth Gómez; Asistente de investigación: Jhon Elkin Enciso.

1. INTRODUCCIÓN

Calidad de Vida (CV) se constituye en un constructo de relevancia para las personas, independientemente si presentan algún tipo de discapacidad, debido a que este ofrece herramientas y orientaciones necesarias para la toma de decisiones (Schalock et al., 2014), que favorecen el desarrollo de prácticas y estrategias dirigidas hacia el mejoramiento de aspectos individuales y ambientales que son considerados cruciales para garantizar un estado de bienestar pleno y óptimo de los individuos (Henao, Verdugo y Córdoba, 2015; Schalock & Verdugo, 2014) y que se traducen en una vida de calidad (Schalock, Verdugo, Gómez & Reinders, 2016).

Sumado a esto, este constructo ha sido utilizado como indicador para medir el impacto de prácticas y estrategias de atención encaminadas a los contextos en los que se desarrollan diversas poblaciones, entre estos, las personas con discapacidad (Schalock et al., 2016), con miras a garantizar el mejoramiento de sus condiciones de vida, enmarcadas dentro de los lineamientos establecidos en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad propuesto por las Naciones Unidas -ONU- en el año 2006 (Verdugo, Navas, Gómez & Schalock, 2012).

Sin embargo, se han presentado dificultades a la hora de operacionalizar y evaluar el progreso y los cambios que experimenta este colectivo con respecto a sus derechos y a las condiciones individuales y ambientales que propician una vida de calidad e igualdad (Verdugo et al., 2012), sobre todo, en niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple, quienes en muchos casos presentan "...dificultades en la comunicación, imposibilidad para la deambulacion y para mantener la postura, incapacidad para comer por sí mismos, falta de control de los esfínteres, problemas sensoriales u orgánicos e incluso crisis epilépticas" (Roca, Úbeda, García y Caja, 2012, p. 53) y que, debido a esta condición, requieren de apoyos generalizados a nivel motor, comunicativo, cognitivo, emocional y social, que generan repercusiones en su CV (Schalock, 2004).

En consecuencia, se hace imperativo contar con instrumentos de evaluación, que se encarguen no solo de medir la CV, sino también de conocer el comportamiento de este constructo, así como el impacto que tiene sobre la vida de este colectivo. Dichos instrumentos deben tener propiedades psicométricas adecuadas y utilidad práctica suficiente, para generar intervenciones oportunas y precisas, en tanto se puntualizan las dimensiones más vulnerables y los factores que las determinan (Matsuda, Noguchi, Ameno & Kato, 2006).

Para ello, se necesita disponer de un modelo de trabajo que recoja un amplio bagaje conceptual y metodológico en torno a los principios y prácticas de prestación de servicios, técnicas de investigación y evaluación, así como la identificación de resultados personales que reflejan una vida de calidad en este colectivo (Schalock, 2004), siendo aceptado internacionalmente el modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007). En este modelo, se proponen ocho dimensiones centrales (p.ej., bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, autodeterminación, derechos y desarrollo personal), que se entienden como un conjunto de factores que conforman el bienestar personal de un individuo con discapacidad (Schalock y Verdugo, 2007).

Aunque el constructo de CV en niños, jóvenes y adultos comparte elementos conceptuales y teóricos en común (Henao y Gil, 2009), es preciso asumir elementos particulares en cada etapa del ciclo vital, con el fin de responder a sus necesidades específicas de acuerdo con sus

características evolutivas, madurativas y el contexto psicosocial en donde se desarrollan (Quiceno y Alpi, 2008; Vélez y García, 2012).

Debido a esto, cualquier instrumento de evaluación debe ser sometido a procesos de adaptación en función de las diferencias interculturales propias de la población con discapacidad de una determinado cultura para que facilite la toma de decisiones contextualizadas de acuerdo con las necesidades reales de estas poblaciones con discapacidad (Cardoso, Gómez e Hidalgo, 2010; Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001).

A pesar de esto, no se dispone de instrumentos que permitan evaluar la CV de las personas con bajos niveles de funcionamiento y altas necesidades de apoyos en el contexto iberoamericano, como lo es el caso de la población con discapacidad intelectual y múltiple, específicamente en niños y adolescentes, quienes requieren de informantes como amigos, familiares y profesionales de apoyo, que pueden proporcionar información sobre su CV, ante las dificultades en su comunicación (Crocker, Smith & Skevigton, 2015).

Por esto, se diseñó la Escala KidsLife, para la evaluación de CV en niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple de 4 a 21 años (Gómez et al., 2016a, 2016b), a partir del modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2007).

En razón a lo expuesto y, dado que en Colombia, no existían escalas de medición de CV en población con discapacidad intelectual y múltiple, específicamente con niños y adolescentes con esta condición, el objetivo de este estudio fue configurar una versión de la Escala KidsLife de evaluación de la calidad de vida para personas entre 4 y 21 años con discapacidad intelectual y múltiple, adaptada y validada en 3 ciudades de Colombia.

2. MÉTODO

Este estudio de carácter instrumental (Carretero-Dios y Pérez, 2007), se realizó conforme a las directrices de la Comisión Internacional de Tests (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013).

Como corresponde a todo proceso de investigación con seres humanos, se rigió por los lineamientos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2008) y, la Resolución 8430 de 1983 del Ministerio de Salud de Colombia, clasificándose en una investigación sin riesgo. Así mismo, se contó con la asesoría de la Doctora Laura Elisabet Gómez, autora de la Escala original.

Instrumento

Se empleó la versión original de la Escala KidsLife (Gómez et al., 2016b), compuesta por 96 ítems, distribuidos en ocho dimensiones: Inclusión Social, Autodeterminación, Bienestar Emocional, Bienestar Físico, Bienestar Material, Derechos, Desarrollo Personal y Relaciones Interpersonales, cuyo como propósito es evaluar la CV individual percibida en niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple de 4 a 21 años de edad, la cual debe ser respondida por un tercero que conozca lo suficientemente bien a la persona con discapacidad, al menos, por un periodo de tiempo igual o superior a 6 meses, y que haya tenido oportunidades de compartir con él, durante un tiempo prolongado en diversos contextos. Se consideraron como los más idóneos, familiares, cuidadores y profesionales que le proporcionan apoyos de distinto tipo, en el centro o la institución a la que la persona acude.

La estimación de la medida de calidad de vida, se obtiene a través de una escala de frecuencia con cuatro opciones: nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre, además cuenta con una ficha que recoge información sociodemográfica acerca de la persona evaluada, del informante principal y de la organización o institución a la que está vinculada la persona con discapacidad.

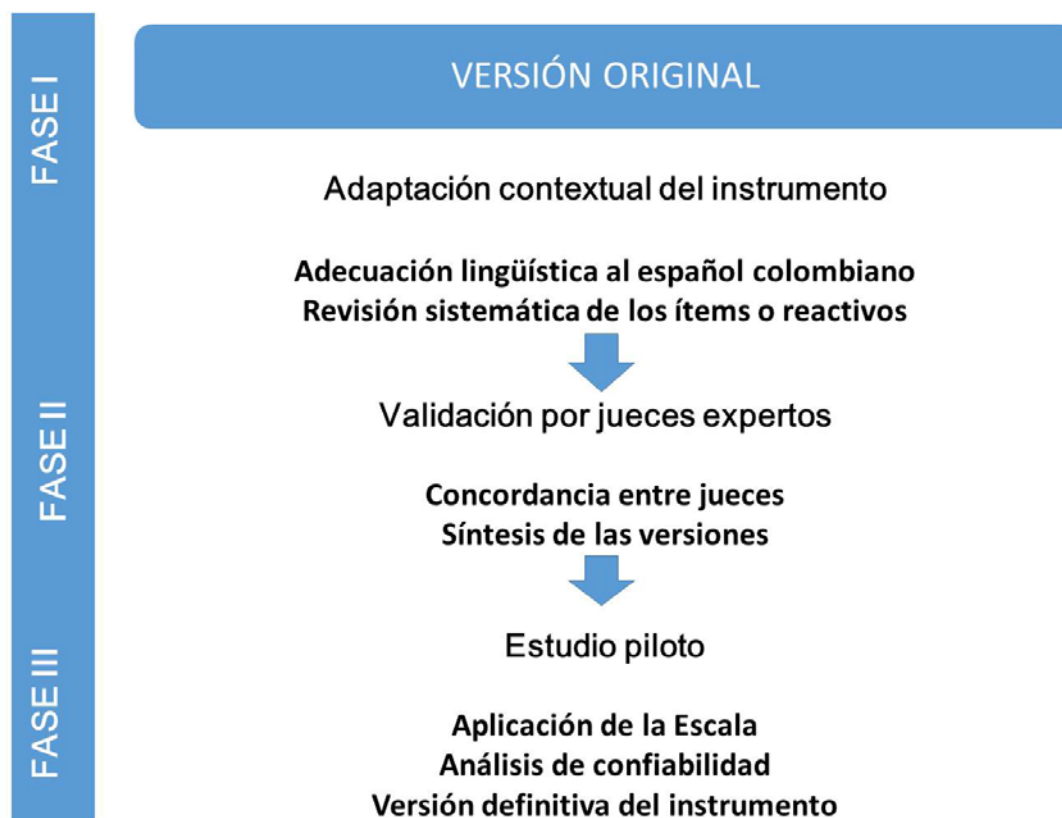
Muestra

Participaron 220 niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple, en tres ciudades de Colombia: Cali (73 casos), Manizales (74 casos) e Ibagué (73 casos), quienes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico. La muestra estuvo compuesta por 133 hombres (60.5%) y 87 mujeres (39.5%), con un rango de edad que variaba entre 4 y 22 años, con niveles de discapacidad intelectual leve (11.8%), moderado (37.3%), severo (39.1%) y profundo (7.3%) (Aunque se desconoce el nivel de discapacidad intelectual del 4.5% de los casos).

En cuanto a los informantes, el 89.1% fueron mujeres y el 10,9% fueron hombres; de los cuales el 33.2% fueron sus cuidadores; el 30%, fueron madres y en el 13.3%, profesores, mientras que el restante 23.5% corresponde a otros familiares o profesionales de apoyo, quienes indicaron conocer a la persona evaluada, desde los 11 meses hasta 21 años atrás. La aplicación del instrumento se realizó con el apoyo de instituciones privadas (96.4%) y públicas (3.6%) que, en su mayoría, ofrecían servicios educativos. La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre de 2016 y febrero de 2017. Todos los informantes aceptaron participar en este estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

Procedimiento

Inicialmente se realizó la adaptación transcultural de la versión original de la Escala KidsLife (Gómez et al., 2016a) (Figura 1).



Seguidamente, se aplicó la Escala adaptada a los 220 casos y se procedió a desarrollar los análisis psicométricos correspondientes.

Análisis

Para el proceso de adaptación transcultural, se realizaron los cálculos a través de los coeficientes de concordancia originales (BN) y coeficientes de concordancia ponderados (BWN) (Bangdiwala, 1987), para reconocer los acuerdos parciales entre expertos. Posteriormente, se procedió con los análisis de correlación entre los criterios de importancia, influencia, observancia y adecuación gramatical, por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Además, se estimó la confiabilidad por consistencia interna de la escala KidsLife mediante el alfa de Cronbach.

En cuanto a la validez de constructo, se llevaron a cabo los análisis de la estructura del modelo de medida, a partir de la contrastación mediante AFC de cinco modelos plausibles: a) modelo 1: la CV es un constructo unidimensional, (b) modelo 2: la CV se compone de ocho factores correlacionados (Schalock y Verdugo, 2002/2003); (c) modelo 3: la CV se compone de ocho factores de primer orden (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos) y uno de segundo orden (calidad de vida); (d) modelo 4: La CV se compone de 8 factores de primer orden y tres de segundo orden (modelo de Salamanca): Bienestar Personal (bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación), 'Empowerment' (inclusión social, derechos) y Bienestar Físico y Material (bienestar físico, bienestar material); e) modelo 5: la CV se compone de ocho factores de primer orden y tres de segundo orden (modelo de Schalock): Independencia (desarrollo personal y autodeterminación), Integración Social (relaciones interpersonales, inclusión social, derechos) y Bienestar Personal (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material).

3. RESULTADOS

Adaptación Transcultural de la Escala KidsLife

El 61.9% de los coeficientes BWN en adecuación gramatical fueron mayores de 0.80, mientras que todos los coeficientes en importancia, influencia y observancia fueron superiores a este punto de corte, es decir, que la concordancia entre jueces, fue "muy buena". El factor "importancia" fue el que tuvo una concordancia superior entre los jueces expertos (BWN=0.91), seguido de "influencia" (BWN=0.91), luego "observancia" (BWN=0.90) y, por último, "adecuación gramatical" (BWN=0.75).

Al analizar con más detalle la concordancia entre los jueces en función de las ocho dimensiones que conforman la Escala, se encontró que la dimensión donde se registró un menor nivel de acuerdo entre jueces fue "Desarrollo Personal", con valores que oscilaron entre BWN=0.73 (gramatical) y BWN=0.77 (importancia), le siguió "Bienestar Material". La dimensión de calidad de vida con mayor nivel de acuerdo entre jueces fue "Autodeterminación" con valores que oscilaron entre BWN=0.74 (gramatical) y BWN=0.88 (observancia).

A partir del análisis de las correlaciones entre los distintos criterios, se encontró que las mayores correlaciones ($r > 0.90$) ocurrían entre la influencia y observancia de la dimensión autodeterminación ($r = 0.93$), bienestar físico ($r = 0.97$), derechos ($r = 0.90$) y desarrollo personal ($r = 0.96$).

Por otra parte, se realizó un análisis de confiabilidad de los ítems, para determinar los niveles de consistencia, a través del Alfa de Cronbach. El nivel de confiabilidad de la escala total fue de 0.95, lo que corresponde a un nivel muy bueno; respecto a los coeficientes de consistencia en cada una de las dimensiones, se identificaron niveles muy buenos en la mayoría de las dimensiones: inclusión social, autodeterminación, bienestar material, desarrollo personal, y

relaciones interpersonales, en tanto que, para bienestar físico y derechos, un nivel bueno, y para bienestar emocional un nivel moderado (Ver Tabla 1.).

Tabla 1. Coeficientes de Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)

ESCALA / DIMENSIÓN	Número De ítems	Alfa de Cronbach
Escala completa	156	0.95
Inclusión social	15	0.81
Autodeterminación	20	0.87
Bienestar emocional	20	0.61
Bienestar físico	20	0.75
Bienestar material	20	0.88
Derechos	20	0.78
Desarrollo personal	20	0.88
Relaciones interpersonales	20	0.8

Fuente: Elaboración propia

Validez y fiabilidad de la Escala KidsLife en población de Colombia

Para evaluar la fiabilidad y la validez de los indicadores y los constructos se calculó la fiabilidad compuesta de cada variable latente, que indica la consistencia interna de los indicadores dentro de un mismo factor; por lo general, este indicador debe ser mayor a 0.60 para considerarlo fiable. Como medida complementaria, se utilizó la varianza media extractada, la cual mide la cantidad de varianza de los indicadores que es capturada por cada constructo comparada con la que es capturada por el error de medida; este indicador debe estar por encima de 0.50.

La tabla 2 muestra que la fiabilidad compuesta del modelo de las ocho dimensiones o constructos propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), superaron el valor de 0.60, inclusive, estos valores están por encima de 0.80. La fiabilidad del modelo, en general, resulta ser mucho más alta (0.979). En cuanto a la varianza media extractada, es superior al 50% en las ocho dimensiones de la escala. Un análisis global sugiere que este modelo informa positivamente la validez y fiabilidad de los indicadores, lo cual representa adecuadamente la calidad de vida.

Tabla 2. Fiabilidad compuesta y Varianza Media Extractada

Dimensiones	Fiabilidad Compuesta	Varianza Media Extractada
Inclusión Social	0,879	0,709
Autodeterminación	0.869	0.690
Bienestar Emocional	0.845	0.647
Bienestar Físico	0.830	0.626
Bienestar Material	0.866	0.683
Derecho	0.817	0.600
Desarrollo Personal	0.897	0.743
Relaciones Interpersonales	0.828	0.617
Total	0.979	0.665

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 muestra las correlaciones entre los constructos o dimensiones del modelo seleccionado. Se encuentran correlaciones muy satisfactorias, puesto que no superan el valor

de 0.90 y tan poco se registran correlaciones muy bajas ($r < 0.20$). Las correlaciones están comprendidas entre 0.345 y 0.805.

Tabla 3. Coeficientes de correlación entre las variables latentes del modelo

	IS	AU	BE	BF	BM	DE	DP
AU	0.724						
BE	0.618	0.648					
BF	0.555	0.484	0.506				
BM	0.622	0.735	0.703	0.664			
DE	0.642	0.639	0.717	0.589	0.805		
DP	0.629	0.716	0.628	0.345	0.565	0.639	
RI	0.706	0.714	0.666	0.444	0.611	0.764	0.792

Fuente: Elaboración propia

Con base en esta información, se comprobó la fiabilidad de la escala general a partir de la base del modelo seleccionado, por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, registrando los siguientes valores: Inclusión social (0,869); Autodeterminación (0.876); Bienestar Emocional (0.835); Bienestar Físico (0.805); Bienestar Material (0.823); Derechos (0.793); Desarrollo Personal (0.889); Relaciones Interpersonales (0.835) y para la Escala Total un valor de 0.964. Dando como resultado que los valores sean muy similares a los que se obtuvieron de la fiabilidad compuesta, por tal motivo, existen evidencias de consistencia interna de la escala con base en el modelo de ocho factores.

4. CONCLUSIÓN

Se puede concluir que la Escala KidsLife (Gómez et al. 2016a, 2016b) adaptada y validada en tres ciudades de Colombia, cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la CV de niños y adolescentes con discapacidad intelectual y múltiple, demostrándose así, una vez más, la pertinencia y la relevancia del modelo de Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007), para distintos contextos y diferentes grupos poblacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Médica Mundial (AMM). (2008). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> el 25 de septiembre de 2017.
- Bangdiwala, K. (1987). Using SAS software graphical procedures for the observer agreement chart. *Proceedings of the SAS User's Group International Conference*, 12, 1083-1088.
- Cardoso, C., Gómez, A. e Hidalgo, M. D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32 (6), 264-270.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies : Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 863-882.
- Congreso de Colombia (4 de octubre de 1993). Normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud. Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.
- Crocker, T. F., Smith, J. K. & Skevigton, S. M. (2015). Family and professionals underestimate quality of life across diverse cultures and health conditions: systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68, 584-595. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.12.007
- Gómez, L. E., Alcedo, M. Á., Arias, B., Fontanil, Y., Arias, V. B., Monsalve, A., & Verdugo, M. Á. (2016a). A new scale for the measurement of quality of life in children with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 53, 399-410. DOI: 10.1016/j.ridd.2016.03.005
- Gómez, L. E., Alcedo, M. A., Verdugo, M. A., Arias, B., Fontanil, Y., Arias, V.B., Monsalve, B. y Morán, L. (2016b). *Escala KidsLife: Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con discapacidad intelectual*. Salamanca: Publicaciones del INICO, Colecciones Herramientas 10.
- Henao, C. P., Verdugo, M. A. y Córdoba, L. (2015). Adaptación para Colombia de la Escala INICO-FEAPS de evaluación de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 63 (4), 677-686. DOI: 10.15446/revfacmed.v63.n4.50799
- Henao, C. P. y Gil, L. M. (2009). Calidad de vida y situación de Discapacidad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 14 (2), 112-125.
- Matsuda, T., Noguchi, M., Ameno, Y. & Kato, N. (2006). QOL research in child health. Present state and issues. *Japanese Journal of Public Health*, 53, 805-817. DOI: 10.11236/jph.53.11_805
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25 (2), 151-157. DOI: 10.7334/psicothema2013.24
- Quiceno, J. M. y Alpi, S. V. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y salud*, 18 (1), 37-44.

- Roca, M., Úbeda, I., García, L. y Caja, C. (2012). Padres que cuidan a sus hijos con pluridiscapacidad: estudio cualitativo sobre el cuidado y sus consecuencias. *Siglo Cero*, 43 (4), 49-61.
- Schalock, R. I., Verdugo, M. A., Gómez, L. E. & Reinders, H. (2016). Moving Us Toward a Theory of Individual Quality of Life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121 (1), 1-12. DOI: 10.1352/1944-7558-121.1.1
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002/2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 224, 21-36.
- Schalock, R. I. & Verdugo, M. A. (2014). Quality of life as a change agent. *International Public Health Journal*, 6 (2), 105-117.
- Schalock, R., Lee, T., Verdugo, M., Swart, K., Claes, C., Van Loon, J. & Lee, C. (2014). An evidence-based approach to organization evaluation and change in human service organizations evaluation and program planning. *Evaluation and Program Planning*, 1 (45), 110-118. DOI: [10.1016/j.evalprogplan.2014.03.012](https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.03.012)
- Vélez, C. M. y García, H. I. (2012). Medición de la calidad de vida en niños. *Iatreia*, 25 (3), 240-249.
- Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E. & Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (11), 1036–1045. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2012.01585.x

**Anexo. Muestra de la Escala Kids Life adaptada y validada en tres ciudades de Colombia -
 Dimensión Autodeterminación-**

AUTODETERMINACIÓN				
La persona (nombre)				
1. Elige cómo pasar su tiempo libre.				
2. Elige con quién pasar su tiempo libre (p.ej. amigos).				
3. Rechaza todo aquello que le desagrada (p.ej. comida, actividades, ropa, juegos) mediante gestos, sonidos o palabras.				
4. Tiene oportunidad de negarse a hacer actividades que cree poco importantes para su salud.				
5. En el centro, se tiene en cuenta la opinión de la persona cuando se realizan cambios (p. ej. horarios, alimentación o colocación de sus objetos).				
6. En el centro, se le proporcionan apoyos que tienen en cuenta las necesidades, deseos y preferencias de él/ella (p.ej. las personas que lo apoyan, estar solo/a o en grupos, lugares en los que quiere estar, tiempos, ritmos).				
7. La persona participa en la elaboración de su plan de apoyo individual.				
8. Se respetan sus decisiones (salvo que pongan en peligro su integridad física o la de otras personas).				

Nunca (N), A veces (A), Frecuentemente (F), Siempre (S).