

11 11
I

*Validación de la Escala de Vineland de
Habilidades Adaptativas en Niños y
Adolescentes con Deficiencia Mental*

presenta

*DRA DIANA ELIZABETH PAZOS
PEINADO*

Asesores



Dra Carmen Lara

Metodológico



Dr Héctor Rodríguez

Teórico



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

<i>ANTECEDENTES GENERALES</i>	<i>04</i>
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	<i>11</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>12</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>13</i>
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	<i>14</i>
<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	<i>17</i>
<i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	<i>18</i>
<i>DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO</i>	<i>19</i>
<i>ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</i>	<i>20</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>21</i>
<i>RESULTADOS (TABLAS)</i>	<i>22</i>
<i>DISCUSIÓN</i>	<i>26</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>28</i>
<i>ANEXO</i>	<i>29</i>
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>30</i>

Uso de la Escala de Vineland de Habilidades Adaptativas en Niños y Adolescentes con Deficiencia Mental

La deficiencia mental ha estado presente a lo largo de toda la humanidad. Ya en la literatura griega aparecen referencias sobre personas que semejan a las personas con retraso mental. También las momias egipcias presentan signos de haber sufrido enfermedades relacionadas con la deficiencia mental. En la Europa medieval las personas con retraso mental eran considerados caprichos de la naturaleza y en algunos casos aceptados como bufones, o se les consideraba seres malignos relacionados con el diablo. Sin embargo, la comprensión de la naturaleza de la deficiencia mental y su diagnóstico se han desarrollado muy lentamente. El retraso mental es en realidad una categoría diagnóstica definida arbitrariamente, y que ha cambiado sustantiva y frecuentemente a lo largo de los años (Verdugo, 1996). De las concepciones orgánicas o biologicistas iniciales se pasó a las concepciones exclusivamente psicométricas a principios del presente siglo, las cuales establecieron un límite arbitrario a partir del cual se denominaba a las personas como "retrasados mentales". Posteriormente se ha ido avanzando muy lentamente hacia una concepción multidimensional del retraso mental que es la que viene por primera vez ampliamente recogida en la definición de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (Luckasson, 1992).

Los deficientes mentales son tan distintos entre sí como lo son las personas no deficientes entre sí. La deficiencia mental no es una condición que separe a los sujetos del resto de las personas, pues más que un estado cualitativamente distinto de la normalidad, se aloja en un continuo junto a ella. Además, no es una única condición sino que se refiere a una amplia categoría de personas que tienen en común una pobre ejecución en los test de inteligencia, en el aprendizaje escolar y en la vida y que muestran incompetencia para manejar sus propios asuntos con independencia (Benedet, 1991).

Según el CIE-10 no es posible especificar unos criterios diagnósticos de investigación de retraso mental que puedan ser aplicados internacionalmente, esto se debe a que los dos componentes principales del retraso mental, el bajo rendimiento cognitivo y la competencia social disminuida están profundamente influidos por el entorno social y cultural. Por lo tanto aquí sólo se proporcionan normas muy generales sobre el diagnóstico

Nivel de Rendimientos Cognitivos

Dependiendo de las normas culturales y de las expectativas de los sujetos, los investigadores deben decidir por sí mismos, cómo estimar mejor el cociente intelectual o la edad mental de acuerdo con los rangos establecidos.

Tabla 1.1 Tipos de Retraso Mental de acuerdo al CI

<i>Categoría</i>	<i>Retraso Mental</i>	<i>C.I.</i>	<i>Edad Mental</i>
F70	Leve	50-69	9 a menos de 12 años
F71	Moderado	35-49	6 a menos de 9 años
F72	Grave	20-34	3 a menos de 6 años
F73	Profundo	< 20	menos de 3 años

CIE 10, 1986.

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (criterio A, DSM IV) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos 2 de las siguientes áreas: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (criterio B, DSM IV). Su inicio debe ser anterior a los 18 años (criterio C, DSM IV). El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central (Lombroso, 1994).

La capacidad intelectual general se define por el cociente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencia normalizados, administrados individualmente, (por ejemplo escala de inteligencia de Weschler para niños revisada, Stanford-Binet, batería de evaluación para niños de Kaufman). Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70, aproximadamente dos desviaciones típicas por debajo de la media. Al evaluar un CI hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, aunque éste error puede variar de un instrumento a otro. De éste modo es posible diagnosticar retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficit significativos de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticaría retraso mental en un individuo con un CI inferior a 70 que careciera de déficit o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa. La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pudieran limitar el rendimiento en los test (por ejemplo el origen sociocultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras, etc)

Cuando en puntuaciones de los subtest se produce dispersión significativa, las aptitudes de aprendizaje del sujeto quedarán mejor reflejadas por el perfil de aciertos y fracasos que por el CI de la escala total derivado matemáticamente. Cuando aparece discrepancia notable entre las puntuaciones verbal y de ejecución puede llevar a confusiones promediarlas a fin de obtener el CI total (DSM IV, 1994).

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo (Borthwick-Duffy, 1994). La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables para alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares (Luckasson, 1992). La capacidad adaptativa puede estar influida por diversos factores entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con retraso mental. Probablemente la ayuda terapéutica pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo (Benedet, 1991).

No es adecuado clasificar a los sujetos como con retraso mental en virtud de su CI sino que se clasificará el tipo e intensidad de apoyos que necesitan (Verdugo, 1996). Ello permite analizar separadamente todas las áreas en las que pueden existir necesidades y por lo tanto requerir una intervención, a la vez que se reconoce su interdependencia. Asimismo facilita el diseño de enfoques de tratamiento o de planes de prestación de servicios que tengan en cuenta todos los aspectos del funcionamiento de la persona. Desde el punto de vista del individuo, permite una descripción más adecuada de los cambios a lo largo del tiempo, incluyendo respuestas individuales al desarrollo personal, a los cambios ambientales, a las actividades educativas y a las intervenciones terapéuticas (Luckasson, 1992).

La deficiencia mental no se considera un rasgo absoluto del individuo, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno. La tarea esencial no va a ser diagnosticar y clasificar a los individuos con retraso mental y con esa información determinar los tratamientos y los servicios que necesitan, sino evaluarlos multidimensionalmente de acuerdo a su interacción con contextos en los que se desenvuelven basándose en la evaluación del individuo y el ambiente determinando los tratamientos y servicios necesarios.

Se han elaborado varias escalas para medir diversas condiciones psicopatológicas, sin embargo la mayoría de éstos instrumentos se han desarrollado en niños sin retraso y se han utilizado en niños con retraso con muchos problemas para la aplicación ejemplo: ítems que tienen que ser leídos pero que algunos chicos con retraso mental no están capacitados para ello.

Algunas de éstas escalas son: inventario de Depresión de Beck (BDI) y el inventario de Depresión en la niñez (CDI). En general éstas escalas pueden utilizarse en retraso mental leve y eventualmente en moderado pero tiene menos utilidad en individuos más severamente retrasados. Un ejemplo de esta dificultad fue dada por Lindsay en 1989 quien modificó la escala de Zung para ansiedad. En el estudio se incluyeron 29 adultos con retraso mental leve a moderado y encontró que la escala era buena pero sólo en las preguntas en que la respuesta era sí o no. Cuando los sujetos necesitaban categorizar sus síntomas en cuanto a intensidad o duración, las personas con retraso mental mostraron dificultad para hacerlo.

Aman, en 1991 presentó una revisión muy útil de instrumentos que podían ser usados en personas con retraso mental. Aman describió una variedad de problemas con muchos de estos instrumentos, principalmente falta de sensibilidad y especificidad, ausencia o insuficiente estandarización de los datos así como falta de utilidad para niños con retraso mental severo a profundo.

PRUEBAS PSICOLOGICAS UTILIZADAS EN PACIENTES CON DEFICIENCIA MENTAL

Clinicas de Norteamérica: Retraso Mental, 1996.

Escalas de comorbilidad.	Inventario de Psicopatología para adultos con retraso Mental. Prueba de conductas y comunicativas asociadas).
Escalas de conducta.	Escala de trauma y autoagresiones.
Escalas de comunicación.	Sistema de Intercambio de comunicación gráfica
Pruebas de inteligencia.	Escala de inteligencia de Stanford-Binet. Escala de inteligencia de Weschler. Batería de evaluación para niños de Kauffman. Evaluación pluralística multicultural.
Pruebas de conducta adaptativa. (7)	Escala de conducta adaptativa de la Asociación Americana para el Retraso Mental.

Escala de conducta adaptativa de Vineland

Escalas de socialización.

Inventario de desarrollo Batelle.
Escala de conducta adaptativa de Vineland.

Escala de actividades vocacionales.

Evaluación prevocacional y guía curricular.
Escala de evaluación motivacional.
Listado de análisis funcional

Escalas de expresión de decisiones.

Entrevista de consentimiento.
Entrevista Estructurada de Morris

Es útil recoger pruebas de los déficits de la capacidad adaptativa a partir de una o más fuentes fiables independientes (por ejemplo evaluación del maestro, historia médica evolutiva y académica) así como el uso de algunos instrumentos creados especialmente para la evaluación de las capacidades adaptativas.

Se han elaborado pocas escalas que permiten medir capacidad o comportamiento adaptativo en personas con Deficiencia Mental: Como la Escala de Conducta Adaptativa de la asociación Americana para el Retraso Mental, sin embargo la más utilizada en todo el mundo, incluso sugerida en manuales como el DSM IV y el CIE 10 es la Escala de Vineland de Habilidades Adaptativas la cual ha sido revisada y estandarizada para población normal y con retraso mental.

La escala de Vineland fue publicada en Abril de 1935 después de 30 años de estudios, su primera versión fue llamada Escala de Madurez social de Vineland. La escala provee detalles del desarrollo de los niños y muestra sus capacidades adaptativas. Los ítems de la escala están ordenados de acuerdo al grado de dificultad y representan la maduración progresiva en autoayuda, autodirección, locomoción, comunicación y relaciones sociales. Los principios tomados para la construcción de esta escala son los mismos que utilizaron Binet y Simon para su escala de inteligencia. El éxito de la escala consiste en que puede ser utilizada para fines prácticos o bien

para investigación en ciencias sociales. La escala ofrece un esquema estandarizado del desarrollo normal, el cual puede ser utilizado repetidamente para medir el crecimiento o los cambios. La escala se ha utilizado para evaluar niños con daño neurológico, niños con autismo, niños con psicosis, así como niños con deficiencia mental.

La escala es también exitosa para distinguir entre retraso mental con incompetencia social o retraso mental sin incompetencia social. Al igual que en la evaluación de la capacidad intelectual debe tenerse en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con el nivel sociocultural del sujeto, su educación, posibles discapacidades significativas que invalidan muchas normas de una escala adaptativa, además de comportamientos que normalmente se considerarían desadaptativos por ejemplo dependencia y pasividad que pueden evidenciar una adaptación satisfactoria en el contexto de la vida concreta de una persona (ejemplo en ciertos establecimientos institucionales).

La escala de Madurez Social de Vineland fue desarrollada por Doll en 1935 y es el precursor de la Escala de Habilidades adaptativas de Sara Sparrow, David Balla y Domenic Cicchetti, ya que esta última en una versión revisada de la Doll, desde los años 30's ha habido grandes desarrollos en la construcción de Tests y en los procedimientos de evaluación de estos, muchos de estos nuevos hallazgos se han incorporado a la Escala de Vineland revisada: La escala de Vineland de habilidades adaptativas ha reemplazado a la Escala de Madurez Social de Vineland e incluye dos versiones más la forma Extensa y la que es para el salón de Clases.

La escala original de Vineland se aplicaba a individuos desde el nacimiento hasta la madurez. En cambio la nueva escala se aplica desde el nacimiento hasta los 18 años y 11 meses y adultos de bajo funcionamiento. La edición de salón de Clases se aplica en niños desde tres años hasta los 12 años y 11 meses.

Existen varias versiones de la escala: La versión larga, la corta, y la de salón de clases cada una de ellas tiene diferente tiempos para su aplicación ejemplo: La versión larga 60 a 90 min. promedio, la corta 20 a 60 minutos y la edición de salón de clases 20 minutos. La escala es una entrevista semiestructurada y un cuestionario que miden capacidades adaptativas pero que tiene un apartado para aquellas conductas que son desadaptativas y que mide conductas no deseables; se compone de 4 subtemas:

- | | |
|----------------|---|
| Comunicación: | Receptivo, expresivo y escrito |
| Vida diaria: | Personal, doméstica y comunidad |
| Socialización: | Relaciones interpersonales, juego y tiempo libre, aprendizaje |

Habilidades Motoras:

Gruesa y Fina

Los 117 ítems de la escala original fueron refinados o desechados de acuerdo a los cambios sociales que ocurrieron desde 1930. La escala de Habilidades adaptativas en su forma corta así como la del salón de clases tienen aproximadamente el doble de ítems que la escala original y la forma extensa cuatro veces más el número de ítems en comparación con la original.

Para una fácil administración los ítems se encuentran agrupados de acuerdo a tipos de habilidades adaptativas y van en orden progresivo de acuerdo a la edad.

La calificación se ha hecho sencilla utilizando los siguientes tipos de respuesta: A) SI usualmente dándosele un valor de 2 puntos B) Algunas veces o parcialmente dándosele un valor de 1 C) NO, nunca con valor de 0, D) NO ha habido oportunidad de observarlo en esa acción con valor de N y E) Desconocen con valor de NK.

Los sistemas de interpretación que provee el manual de la escala incluye una guía paso a paso para determinar Edad Mental de acuerdo a las capacidades de adaptación y niveles de Habilidad adaptativa de acuerdo a las calificaciones obtenidas.

Tabla 1.2 Niveles adaptativos y su correspondencia con Calificaciones estándar

Nivel Adaptativo	Calificación estándar
ALTO	131 hasta 160
MODERADAMENTE ALTO	116 a 130
ADECUADO	85 a 115
MODERADAMENTE BAJO	70 a 84
BAJO	Menor de 20 hasta 69

Survey Form Manual, 1984.

Por todo lo anterior se considera de gran utilidad en el diagnóstico de Retraso Mental utilizar además de una prueba para la medición del CI utilizar un instrumento como la Escala de Habilidades Adaptativas de Vineland para valorar capacidad adaptativa y poder hacer un diagnóstico multidimensional de la persona con deficiencia Mental.

JUSTIFICACION

Las habilidades o capacidades adaptativas se refieren a como afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen con las normas de autonomía personal esperadas para alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural y ubicación comunitaria particulares.

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la capacidad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado de si mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo, todo esto de acuerdo al DSM IV. Lo cual refleja la necesidad de evaluar en los sujetos en estudio además del coeficiente intelectual, las habilidades adaptativas para poder hacer el diagnóstico de Retraso Mental. El validar una Escala como la de Vineland de Habilidades Adaptativas nos puede generar repercusiones favorables como:

a) Dar la pauta para la utilización de esta escala como algo rutinario en la evaluación del niño en el cual se sospecha Retraso Mental.

b) Permitirnos realizar una evaluación más objetiva de los logros (en cuanto a capacidad adaptativa de niños y adolescentes con Retraso Mental en evaluaciones subsecuentes.

c) Proporcionarnos una visión global del sujeto en estudio y poder estructurar un programa de rehabilitación enfocada a las áreas deficientes que hayamos detectado mediante la escala de Vineland.

d) Formular programas individualizados de Tratamiento rehabilitatorio y con esto mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Partiendo del hecho de que la definición de retraso mental esta basada en un enfoque multidimensional que pretende ampliar la conceptualización del retraso mental, evitando clasificar a los individuos de acuerdo a su CI unicamente ,sino también tomando en cuenta las habilidades adaptativas y mal adaptativas desarrolladas, es importante iniciar con el uso de escalas como la Escala de Vineland, la cual ha sido utilizada en todo el mundo para valorar capacidades adaptativas en niños y adolescentes con Retraso Mental. En hospitales de importancia en México y Latinoamérica en el estudio y tratamiento de niños y adolescentes , como lo es el Hospital Psiquiatrico Infantil Juan N. Navarro, se tiene poca experiencia en la utilización de este tipo de escalas que miden Habilidades adaptativas. Tomando en consideración que el diagnóstico de Retraso Mental en la mayoría de las ocasiones se realiza por la aplicación de una prueba estandarizada para valorar CI y en la evaluación clínica del paciente y no como señalan los Manuales de diagnóstico como el CIE 10 y el DSM IV o las sugerencias que realiza la Asociación Americana para el Retraso Mental en 1990 sobre la aplicación de Escalas como la Vineland o bien la Escala de Habilidades de la Asociación Americana para Retraso Mental (con la cuál se tiene poca experiencia mundial) además de la evaluación del CI. Sería de gran utilidad validar la Escala de Vineland en niños y Adolescentes con Retraso Mental en población mexicana en el Hospital Psiquiatrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

OBJETIVO GENERAL

-Validar la Escala de Habilidades Adaptativas de Vineland en niños y adolescentes con Retraso Mental que acudan a la clínica de Otras alteraciones del Desarrollo del Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr. Juan N. Navarro " .

OBJETIVO ESPECIFICO

.Determinar la validez de constructo de la Escala de Vineland de Habilidades adaptativas en base a comparar grupos conocidos (Con retraso Mental y sin Retraso Mental).

MATERIAL Y METODOS

Diseño

-Estudio de proceso, prolectivo y transversal.

Definición del universo

Niños y Adolescentes con Retraso Mental
Niños y Adolescentes sin Retraso Mental para los grupos de comparación

Tamaño de la muestra

61 niños y adolescentes de cualquier sexo con Retraso Mental que acudan a la Clinica de Otras Alteraciones del desarrollo.

61 niños con el mismo sexo y edad cronológica que el grupo en estudio.

61 años de niños del mismo sexo y con la misma edad mental que el grupo en estudio.

Criterios de inclusión

Niños y adolescentes de cualquier sexo.

Edad entre seis y 17 años con 11 meses., para el grupo es estudio.

Niños y Adolescentes que pertenezcan a la clínica de "Otras alteraciones del desarrollo" del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Que el familiar que los acompañe a la consulta este dispuesto a proporcionarnos información

Criterios de exclusión

Que el familiar que le acompañe a la consulta desconozca más del 50% de la información solicitada.

Que el familiar no quiera cooperar en el estudio

INSTRUMENTO

La Escala de Vineland de habilidades adaptativas es una revisión de la Escala de Madurez Social de Vineland (Doll, 1935) Mide la suficiencia personal y social de los individuos desde el nacimiento hasta los 17 años 11 meses y 30 días o en mayores edades en individuos con Deficiencia Mental. La escala es aplicable tanto para personas con discapacidad como personas sin ella. Como la escala original esta escala no requiere de la aplicación directa al individuo pero si se necesita que quien responda sea un familiar o cuidador con conocimientos de la conducta del individuo. Para una fácil administración los items se encuentran agrupados de acuerdo a tipos de habilidades adaptativas y van en orden progresivo de acuerdo a la edad

Existen tres versiones de la Escala revisada de Vineland: La forma corta, la Forma extensa, y la edición para salón de clases cada una de las versiones mide 4 tipos de capacidad adaptativa:

- Comunicación
- Vida diaria
- Socialización
- Habilidades Motoras

Tanto la forma corta como la extensa incluyen además conductas maladaptativas, aunque su administración es opcional. Cabe hacer mención que las habilidades motoras solo valoran chicos hasta la edad de 5 años 11 meses y 30 días.

La Forma Corta incluye 297 items y provee una valoración general de la conducta adaptativa y es exitosa para determinar áreas con deficiencia y áreas con un buen desarrollo. Un entrevistador entrenado aplica la escala al padre o cuidador de un individuo desde el nacimiento hasta los 17 años 11 meses y 30 días o bien en un adulto con bajo funcionamiento. La entrevista semi estructurada dura entre 20 minutos y una hora.

La calificación se ha hecho sencilla utilizando los siguientes tipos de respuesta: A) SI usualmente dándosele un valor de 2 puntos B) Algunas veces o parcialmente dándosele un valor de 1 C) NO, nunca con valor de 0, D) NO ha habido oportunidad de observarlo en esa acción con valor de N y E) Desconocen con valor de NK

Se realizó una versión en español de la versión corta esto con el fin de facilitar la aplicación en el creciente número de Hispanos que viven en Estados Unidos. La mayoría de los hispanos que habitan en EU son bilingües y sus padres y cuidadores, que son quienes responden a la escala hablan principalmente español. La versión en español se utilizó por primera vez en 1982 cuando se aplicó a la muestra nacional la escala de Vineland, se utilizó en aquellos en quienes su idioma principal era el español.

La entrevista en español debe ser conducida de la misma forma que la entrevista en inglés esto es como una entrevista semiestructurada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se obtendrá la puntuación en tres de las capacidades que evalúa la escala: Comunicación, Vida diaria y Socialización y en cada una de sus subescalas, se obtendrá una calificación total de cada uno de las tres capacidades y en base a datos ya establecidos que proporciona el manual de uso de la escala de Vineland se obtendrá calificación estandar, Nivel adaptativo y edad equivalente para cada uno de las capacidades y finalmente edad mental promedio. Ya obtenidos estos datos se utilizará el paquete STATA (Statistics/Data Análisis) obteniendo desviación estándar, significancia estadística .

CONSIDERACIONES ETICAS

Dado que el estudio será la aplicación de una escala sin intervención terapéutica se cumple con lo estipulado en el acta de Helsinki y Nuremberg para investigación en seres humanos en los que derivan las normas de ética y bioseguridad de la Secretaría de Salud.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se tomará al azar un mes en la libreta de citas de la Clínica de Otras alteraciones del Desarrollo del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y se obtendrá el número de expediente de todos los pacientes que estuvieron citados en ese mes, se revisarán los expedientes y aquellos que cumplan con los requisitos serán el Grupo de Estudio, (el cual se denominó "Caso"). Los requisitos solicitados es que en el expediente se encuentre valoración de CI por alguna prueba estandarizada para medir inteligencia, y que tengan datos completos del paciente como dirección y/o teléfono. Se encontraron en el mes de Octubre de 1999 : 177 pacientes citados, al revisarse los expedientes solo 61 llenaron los requisitos para poder participar en el grupo en estudio. Entre diciembre de 1999 y Enero del 2000 se realizó la aplicación de escalas al familiar responsable, después de aplicadas las escalas se procedió a la calificación de estas, obteniéndose como consecuencia final una edad mental de acuerdo a las capacidades del chico. Posterior a esto se formaron otros dos grupos que servirían como grupos controles: uno que denominamos "Cron" y que corresponde al grupo donde se encuentran chicos del mismo sexo y edad cronológica que los del grupo en estudio y se formó el grupo "Ment" que corresponde a chicos del mismo sexo y edad cronológica similar a la edad mental obtenida en el grupo en estudio. Estos dos grupos controles se obtuvieron de la consulta de psiquiatría y paidopsiquiatría del Hospital General CMN "La Raza" y de la consulta de psiquiatría general de la clínica 47 del IMSS, los entrevistadores fueron diferentes al que aplicó la escala al grupo en estudio. Para estos grupos controles se contó con la colaboración de tres psiquiatras que fueron entrenados para la aplicación de la escala. Los niños y adolescentes que formaron los grupos controles eran pacientes sin retraso mental y que acudían a la consulta de psiquiatría por problemas diversos. Al igual que el grupo Caso los grupos Cron y Ment se aplicó la escala al familiar que pudiera proporcionar la información sobre la conducta adaptativa del chico. Se califican las escalas y se procede a comparar los datos obtenidos entre el grupo Caso con el grupo Cron y con el grupo Ment para obtener la validez de constructo en base a grupos conocidos.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

.Cronograma de Actividades

Etapa 1 obtención del instrumento

Etapa 2 Obtención del Grupo en estudio

Etapa 3 Aplicación de la Escala y formación de los grupo control

Etapa 4 aplicación de la Escala a grupos control

Etapa 5 Análisis de resultados

.Recursos Humanos

Se contará con el investigador principal para la aplicación de la escala al grupo en estudio.

Se contarán con tres investigador asociados psiquiatras de adultos para la aplicación de escalas a grupos control.

.Recursos Materiales

Las entrevistas del grupo en estudio se realizarán en el Hospital Psiquiatrico Infantil Juan N. Navarro

Las entrevistas de los grupos controles se llevarán a cabo en el servicio de Higiene mental del CMN "La Raza" o bien en el servicio de psiquiatría de la Clínica 47 del IMSS.

La asesoría metodológica se realizará en el Instituto Mexicano de Psiquiatria.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 183 sujetos con los cuales se formaron tres grupos de 61 sujetos cada uno. 72.13% (n=132) eran varones y 27.87%(n=51) mujeres. Las edades variaron desde 84 a 183 meses para el grupo Caso con una media de 123.27 meses y SD =26.58. El grupo Ment con edades entre los 14 y 79 meses con una media de 46.8 meses y una SD= 16.04. En cuanto al lugar donde se obtuvo la muestra : 33.33% (n=61) en el Hospital Psiquiatrico Infantil "Juan N. Navarro", 37.16 % (n=68) en el servicio de Higiene Mental del CMN "La Raza" y un 29.51% (n=54) en la Clínica 47 del IMSS. Tabla 2.1

Cuando se comparó el grupo Caso con el grupo Cron se encontraron los siguientes datos : COMUNICACIÓN. En la subescala receptiva se encontró una $p=0.0000$ con una $t= 7.25$ con 120 de df . En la subescala expresivo se obtuvo $p= 0.0000$ con una $t=20.47$ con $df=120$. En la subescala escritura hallamos una $p= 0.0000$ con una $t=20.47$ con $df=120$. en cuanto ala calificación estándar de la escala de Comunicación encontramos una media de puntuación combinada =75.20 con una SD= 60.97 una $p= 0.000$ y $t= 5.64$.ver Tabla 2.2

VIDA DIARIA..en la subescala personal encontramos una $p=0.0000$ con $t=18.07$ con 120 de df . En doméstico una $p=0.0000$ con $t=10.92$ con 120 de df . Comunidad se encontró una $p=0.0000$ con $t= 28.64$. La calificación estandarizada para vida diaria fue una media de 68.60 y SD=42.89 con una $p=0.0000$ y $t=28.64$ Ver tabla 2.3

SOCIALIZACION. En las tres subescalas se encontraron diferencias estadísticamente significativas con $p= 0.000$ para cada una de ellas y la variación fue en la t, la cual fue de 13.31 para la escala interpersonal, $t=10.87$ para el juego y $t=14.20$ para las conductas aprendidas. En cuanto ala Calificación estandarizada de socialización con una $p= 0.0000$ y $t=5.96$. Ver tabla 2.4

Cuando se comparó las calificaciones obtenidas entre el grupo Caso y en grupo Ment se encontraron los siguientes datos:

COMUNICACIÓN. Receptiva con una $p=0.0020$ y $t=3.15$ con $df=120$. En el expresivo con $p=0.0000$ y $t=4.95$ con $df=120$. Escrito con una $p=0.0000$ con $t=-5.77$. Ver tabla 2.5

VIDA DIARIA. . Personal se encontró una $p=0.0000$ y $t=6.36$ con $df=120$. En doméstica encontramos una $p=0.0004$ y $t=-3.63$ y en comunidad: $p=.9445$ y $t=0.07$ con $df=120$. Ver tabla 2.6

SOCIALIZACION. Interpersonal con $p=0.000$ y $t=4.62$ con 120 de df . Juego $p=.0937$ con $t=-1.69$ con $df=120$. Conductas aprendidas con una $p=.0009$ y $t= -3.41$ con $df=120$. Ver tabla 2.7

Tabla 2.1 Distribución por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	51	27.87%
MASCULINO	132	72.13%
TOTAL	183	100%

Tabla 2.2 Distribución por edades

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN STANDAR	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA
CASO	61	123.27	26.582	84 meses	183 meses
CRON	61	123.27	26.582	84 meses	183 meses
MENT	61	46.836	16.042	14 meses	079 meses

Tabla 2.3 Comparación Grupo Caso vs Cron
Vida Diaria. Personal

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CASO	61	75.5737	4.161
CRON	61	36.8524	16.20
COMBINADO	122	56.2131	22.73

+ P=0.0000

++ t=18.07 con df=120

Tabla 2.4 Comparación Grupo Caso vs. Cron
Socialización. Juego

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CASO	61	31.196	4.707
CRON	61	19.7868	6.7159
COMBINADO	122	25.4918	8.1344

+ P= 0.0000

++ t=10.87 con df=120

Tabla 2.5 Comparación Grupo Caso vs. Ment
Comunicación. Receptivo

<i>Vida diaria. Personal</i>	<i>SUJETOS</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DESVIACIÓN ESTANDAR</i>
<i>GRUPO</i>			
<i>CASO</i>	<i>61</i>	<i>24.4098</i>	<i>2.2757</i>
<i>MENT</i>	<i>61</i>	<i>22.7541</i>	<i>3.4090</i>
<i>COMBINADO</i>	<i>122</i>	<i>23.5819</i>	<i>3.0036</i>

+ $P=0.0020$

++ $t=3.15$ con $df=120$

Tabla 2.6 Comparación Grupo Caso vs. Ment
Vida Diaria . Personal

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CASO	61	52.5082	10.3515
MENT	61	36.8524	16.2099
COMBINADO	122	44.6803	15.6592

+P=0.0000

++t=6.36 con df=120

Tabla 2.7 Comparación Grupo caso vs. Ment
Socializacion. Juego

GRUPO	SUJETOS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
CASO	61	17.9344	5.3130
MENT	61	19.78689	6.7159
COMBINADO	122	18.8606	6.1015

+P=0.0937

++ t=0.0937 con df=120

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos permiten validar la escala de Habilidades Adaptativas de Vineland. Tal y como lo reporta la literatura en nuestro grupo de estudio predominaron los varones con una proporción 2:1 sobre las mujeres. La edad para el grupo Caso y el grupo Cron fue de 7 años edad mínima y 10 con 3 meses edad máxima. En el caso del grupo Ment las edades obtenidas fueron menores, hay que recordar que en este grupo los sujetos fueron pareados con el grupo Caso de acuerdo a la edad mental de los chicos (Caso) obtenida por el Vineland; siendo niños y adolescentes con Retraso Mental las edades mentales no fueron mayores a 6 años y siete meses y no menores a un año y 2 meses por lo que este fue el rango de edad de los sujetos que conformaron el grupo Ment.

La comparación de los resultados obtenidos entre el grupo Caso y Cron nos dio muestras de las diferencias en cuanto a capacidad adaptativa que hay entre niños y adolescentes con Retraso mental y niños y adolescentes sin Retraso Mental. Esta comparación nos permitió observar diferencias en las 3 áreas que valoramos con el Vineland: Comunicación, Vida diaria y Socialización, Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todas las subescalas. Estas comparaciones realizadas entre estos grupos nos permitieron realizar la validez de constructo por comparación de grupos conocidos.

No sucedió lo mismo cuando se comparó al grupo Caso con el grupo Ment, ya que lo que se esperaba era que estadísticamente no se reportaran diferencias entre ninguna de las subescalas del Vineland y esto solo se presentó en dos de las 9 subescalas: Comunidad y Juego.

Probablemente el error se presentó desde el concepto del grupo Ment: Comparar la edad mental obtenida por el Vineland en los sujetos del grupo Caso y parearlo con otro grupo de sujetos del mismo sexo y de edad cronológica similar a la edad mental. Sabemos que la Edad cronológica no es determinante de la edad mental ya que esta última dependerá de varios factores como coeficiente intelectual, nivel sociocultural, estimulación medioambiental, pruebas con las que sea evaluada la edad mental, etc.

Hubo niños en el grupo Ment que tenían una cierta edad cronológica y al aplicar la escala de Vineland se obtuvo una edad mental superior en algunas de las subescalas e incluso en toda la prueba lo que nos daba finalmente edades mentales superiores a la edad cronológica del chico. Sin embargo este error que tuvimos no le quita validez a los datos obtenidos en la comparación del grupo Caso con el Cron.

Quedará para futuros estudios el hacer la comparaci3n de dos grupos de la misma edad mental obtenida por la prueba, pero un grupo con Retraso mental y el otro sin Retraso Mental.

En los datos obtenidos observamos que los resultados de la prueba no se pueden generalizar cuando se trata de aplicar clínicamente y orientarla hacia el tratamiento rehabilitatorio, ya que dos niños con retraso mental del mismo tipo y edad cronol3gica similar puntuarán con un nivel adaptativo bajo, que los colocará en el rubro de deficiencia en el área adaptativa, sin embargo cuando se observan cada uno de las subescalas veremos que en algunas puntuará mejor que en otras y que las edades mentales obtenidas serán diferentes, lo cuál nos hará individualizar los resultados de la prueba a la hora de organizar un programa de tratamiento rehabilitatorio de acuerdo a las áreas de mayor deficiencia, lo que mejorara nuestra calidad de atenci3n y sobre todo tendremos mejores opciones que ofrecer a nuestros pacientes.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos permitieron validar la escala de Habilidades Adaptativa de Vineland observar que es un instrumento útil para medir habilidades adaptativas en personas con Retraso Mental en cualquiera de sus tipos, haciendolo de manera rápida, sencilla y confiable. Además de permitirnos personalizar el tratamiento rehabilitatorio en personas con Retraso Mental.

ANEXO

ESCALA DE VINELAND DE HABILIDADES ADAPTATIVAS

VINELAND

ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES

Sara S. Sparrow, David A. Balla, and Domenic V. Cicchetti
A revision of the *Vineland Social Maturity Scale* by Edgar A. Doll

INTERVIEW EDITION

Survey Form

Spanish

Record Booklet

ABOUT THE INDIVIDUAL:

Name Sex

Home address

Telephone Grade

School or other facility

Present classification or diagnosis

Race (if pertinent)

Socioeconomic background (if pertinent)

Other pertinent information

AGE: YEAR MONTH DAY

Interview date

Birth date

Chronological age

Age used for starting points

Type (circle one): chronological mental social

ABOUT THE RESPONDENT

Name Sex

Relationship to individual

ABOUT THE INTERVIEWER:

Name Sex

Position

DATA FROM OTHER TESTS:

Intelligence

Achievement

Adaptive behavior

Other

REASON FOR THE INTERVIEW:

BEFORE BEGINNING ADMINISTRATION, READ THE INSTRUCTIONS IN THE MANUAL CAREFULLY.

General Directions: In each adaptive behavior domain, begin scoring with the item designated for the individual's age. Score each item 2, 1, 0, N, or DK, according to the scoring criteria in the manual (Appendix C). Record each score in this booklet in the designated box. Establish a *basal* of seven consecutive items scored 2 and a *ceiling* of seven consecutive items scored 0 for each domain.

1. Vuelve los ojos y la cabeza hacia donde provienen los sonidos
2. Escucha al menos momentáneamente cuando le habla la persona que lo cuida todo el tiempo
3. Sonríe respondiendo a la presencia de la persona que lo cuida todo el tiempo
4. Sonríe respondiendo a la presencia de una persona conocida distinta de la que lo cuida todo el tiempo
5. Levanta los brazos cuando la persona que lo cuida le dice "Ven acá" o "Arriba, vamos"
6. Demuestra entender el significado del "no"
7. Imita los sonidos de los adultos inmediatamente después de oírlos
8. Demuestra entender el significado de diez palabras cuando menos
9. Hace gestos apropiados para indicar "sí," "no," y "quiero"
10. Escucha atentamente las instrucciones.
11. Demuestra entender el significado del "sí" o del "está bien."
12. Sigue instrucciones que requieren una acción y un objeto
13. Señala acertadamente por lo menos una parte importante del cuerpo, cuando se le pide
14. Usa los nombres de sus hermanos, amigos, o compañeros, o dice sus nombres cuando se le pregunta
15. Usa frases con un sustantivo y un verbo, o con dos sustantivos
16. Nombra sin que se le pida al menos 20 objetos. DO NOT SCORE 1
17. Escucha un cuento al menos por cinco minutos
18. Indica preferencia cuando se le presenta una opción
19. Dice cuando menos 50 palabras reconocibles. DO NOT SCORE 1
20. Relata espontáneamente sus experiencias en términos simples
21. Lleva y da un mensaje sencillo.
22. Usa oraciones de cuatro o más palabras
23. Señala acertadamente todas las partes del cuerpo, cuando se le pide. DO NOT SCORE 1
24. Dice cuando menos 100 palabras reconocibles. DO NOT SCORE 1
25. Habla con oraciones completas
26. Usa los artículos "uno, una" y "el, la" en frases u oraciones
27. Sigue instrucciones del tipo de "si... entonces"
28. Dice su nombre y apellido cuando se le pregunta
29. Hace preguntas que empiezan con "qué," "dónde," "quién," "por qué," y "cuándo." DO NOT SCORE 1
30. Dice cuál objeto es más grande de dos que no están a la vista
31. Relata detalladamente sus experiencias al pedírselo
32. Usa las palabras "detrás de" o "entre" como preposición en una frase
33. Usa la palabra "alrededor de" como preposición en una frase
34. Usa oraciones con "pero" y "o"
35. Enuncia claramente sin sustituir los sonidos

Count items before basal as 2, items after ceiling as 0

Sum of 2s, 1s, 0s page 2

COMMENTS _____

ITEM
SCORES

- 2 Yes, usually
- 1 Sometimes or partially
- 0 No, never
- N No opportunity
- DK Don't know

PERSONAL
DOMESTIC
COMMUNITY

COMMENTS

- 1 1 Manifiesta anticipación por la comida al ver la botella, el pecho, o el alimento
- 2 Abre la boca cuando se le presenta una cuchara con comida
- 3 Toma la comida de la cuchara con la boca
- 4 Chupa o mastica galletas.
- 5 Toma alimentos sólidos
- 1 6 Bebe de un vaso o una taza sin que se le ayude
- 7 Come usando una cuchara
- 8 Demuestra entender el peligro de las cosas calientes.
- 9 Manifiesta que tiene los calzoncillos o el pañal mojado o sucio hablando, señalando o jalando el pañal.
- 10 Bebe usando una pajita (popote, pitillo)
- 11 Le permite a la persona que está a cargo de él que le limpie la nariz
- 12 Come usando un tenedor
- 13 Se quita, sin ayuda, un abrigo, suéter, o camisa que estén abiertos o que se abrochen por delante.
- 2 14 Come usando una cuchara sin derramar nada.
- 15 Demuestra interés en cambiarse de ropa cuando está muy mojado o enlodado
- 16 Orina en el excusado o en una basinica colocada debajo de una silla para este efecto
- 17 Se baña con ayuda
- 18 Defeca en el excusado o en una basinica colocada debajo de una silla para este efecto
- 19 Pide ir al baño
- 20 Se pone ropa con elástico en la cintura.
- 21 Demuestra entender el uso del dinero.
- 22 Guarda sus cosas cuando se le pide.
- 3 23 No se orina en la cama
- 24 Bebe de la llave de agua sin ayuda.
- 25 Se cepilla los dientes sin ayuda. DO NOT SCORE 1.
- 26 Demuestra comprender la función de un reloj, común y corriente o digital.
- 27 Ayuda con quehaceres (tareas) adicionales cuando se le pide
- 28 Se lava y se seca la cara sin que se le ayude.
- 29 Se pone los zapatos correctamente sin ayuda.
- 30 Contesta el teléfono apropiadamente. N MAY BE SCORED.
- 31 Se viste completamente, con la excepción de atarse las cintas de los zapatos
- 4 32 Pide que pase al teléfono a la persona a quien le llaman, o indica que no se encuentra. N MAY BE SCORED.
- 33 Pone la mesa con ayuda

Count items before basal as 2, items after ceiling as 0.

Sum of 2s, 1s, 0s page 4

COMMENTS _____

ITEM 2 Yes usually
 1 Sometimes or partially
 0 No never
 N No opportunity
 DK Don't know

Yes usually
 Sometimes or partially
 No never
 No opportunity
 Don't know

GROSS
 FINE

MOTOR SKILLS DOMAIN

- Sostiene la cabeza derecha por lo menos 15 segundos cuando se levanta verticalmente en sus brazos
- Se sienta apoyado por un mínimo de un minuto
- Recoge de alguna manera objetos pequeños con las manos
- Transfiere un objeto de una mano a otra
- Recoge objetos pequeños con el pulgar y los demás dedos
- Se sienta solo y mantiene esta posición sin apoyo durante un minuto o menos
- Gatea por el piso usando las manos y las rodillas sin que su estómago toque el piso
- Abre puertas que sólo se tienen que jalar o empujar
- Rueda una pelota al estar sentado
- Camina para ir de un lugar a otro
- Se sube y se baja de una cama o de una silla para adultos
- Se sube a aparatos de recreo bajos
- Usa el lápiz, el crayón, o el gis en una superficie apropiada para escribir
- Sube las escaleras poniendo ambos pies en cada escalón
- Baja la escalera hacia adelante, poniendo ambos pies en cada escalón
- Corre cambiando de velocidad y dirección
- Abre puertas dándole vuelta y jalando la perilla de la puerta
- Salta por encima de un objeto pequeño
- Enrosca y desenrosca la tapa de un frasco
- Pedalea un triciclo u otro vehículo de tres ruedas al menos por seis pies de distancia N MAY BE SCORED
- Salta en un solo pie sin caerse, cuando menos una vez, mientras se sostiene en otra persona u objeto estable
- Construye estructuras tridimensionales, con al menos cinco dados
- Abre y cierra las tijeras con una mano
- Baja la escalera alternando los pies, sin que se le ayude
- Se sube a aparatos de recreo altos
- Corta a lo largo de una hoja de papel con las tijeras
- Salta hacia adelante con un solo pie sin perder el equilibrio o al menos tres veces DO NOT SCORE 1
- Completa un rompecabezas de al menos seis piezas sueltas DO NOT SCORE 1
- Dibuja más de una forma reconocible con lápiz o crayón
- Corta papel con tijeras siguiendo una línea
- Usa una goma de borrar sin romper el papel
- Salta fácilmente hacia adelante en un solo pie DO NOT SCORE 1
- Abre una cerradura con una llave
- Recorta con tijeras formas complejas
- Coge una pelota pequeña cuando se le tira de una distancia de 10 pies, aún cuando fuera necesario moverse para cogerla
- Monta sin caerse en bicicleta sin ruedas pequeñas de entrenamiento N MAY BE SCORED

Vertical column of 30 small square boxes for marking scores.

Count items before basal as 2, items after ceiling as 0

1 Sum of 2s, 1s, 0s page 9
 2 Number of Ns page 9
 3 Number of DKs page 9

SUBDOMAIN RAW SCORE
 (Add rows 1—3 above)

PART 1

1. Se le cae el pelo o los dedos
2. Es gema al dependiente
3. Es muy perezoso
4. Se levanta en la cama
5. Muestra perturbación en su manera de comer
6. Muestra perturbación en su manera de dormir
7. Se come las uñas
8. Está en la escuela o al trabajo
9. Muestra una ansiedad extrema
10. Muestra tics nerviosos
11. Llora o se rie demasiado fácilmente
12. No hace buen contacto con los ojos
13. Muestra tristeza excesiva
14. Hace rechinar los dientes durante el día o la noche
15. Es demasiado impulsivo
16. Tiene muy poca concentración y atención
17. Es demasiado activo
18. Hace rabietas o berrinches
19. Es negativista o insolente
20. Fastidia o intimida
21. Muestra falta de consideración
22. Miente, hace trampa, o hurta.
23. Es demasiado agresivo físicamente
24. Blasfema en situaciones inapropiadas
25. Huye
26. Es obstinado y taciturno
27. No asiste a la escuela o al trabajo y se va a otro lado

A PART 1 RAW SCORE

(Sum of 2s, 1s, 0s Part 1)

PART 2

Note: Part 2 is for individuals who will be compared only with supplementary norm groups

28. Muestra comportamiento sexual inapropiado
29. Tiene preocupaciones excesivas o peculiares con objetos o actividades
30. Habla de una manera incoherente e insensata.
31. Muestra hábitos y manerismos muy extraños.
32. Muestra comportamiento autodestructivo
33. Destruye intencionalmente sus cosas o las de otros
34. Usa una forma de hablar rara o excéntrica.
35. No está consciente de lo que pasa a su alrededor
36. Se mece de un lado a otro cuando está sentado o parado.

B Sum of 2s, 1s, 0s Part 2

PARTS 1 AND 2 RAW SCORE

(Add A and B)

MINUTOS

ABOUT THE INTERVIEW:

Respondent's estimate of the individual's functioning _____

Language used in the interview _____

Special characteristics of the individual _____

Estimate of rapport established with the respondent _____

Estimate of the respondent's accuracy _____

General observations _____

Woodland Adaptive Behavior Scales: INTERVIEW EDITION Survey Form

Individual's name _____ Chronological age _____
 Date of interview _____ Supplementary norm group (if applicable) _____

Before beginning the score summary, read Chapter 5 in the manual.

SCORE SUMMARY

SUBDOMAIN	Raw Score	Standard Score $\bar{X}=100$, $SD=15$ Tables B.1 and B.2	Band of Error % Confidence Table B.3	National %ile Rank Table B.4	Stanine Table B.4	Supplementary Norm Group %ile Rank Table B.5	Adaptive Level Tables B.6 and B.6	Supplementary Norm Group Adaptive Level Tables B.7 and B.9	Age Equivalent Tables and B.
COMMUNICATION DOMAIN	SUM		±						
DAILY LIVING SKILLS DOMAIN			±						
SOCIALIZATION DOMAIN									
ADAPTIVE BEHAVIOR DOMAIN									
SCORE OF DOMAIN STANDARD SCORES									
ADAPTIVE BEHAVIOR COMPOSITE									

SCORE PROFILE

Standard Score:
± Band of Error 25

ADAPTIVE BEHAVIOR COMPOSITE									

ADAPTIVE BEHAVIOR DOMAIN
 Administer for ages 5:0 to 17:0

Additional interpretive information (see Chapter 5 in the manual)
 Recommendations _____

BIBLIOGRAFIA

Bransky, B. P. (1990). The discriminative validity of selected instruments in identifying well-adjusted and poorly-adjusted hearing-impaired students. *Dissertation Abstracts International*, 50 (9-A), 2832.

Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. S. (1986). Reply to Oakland and Houchins: Reviewing the reviewers. *Journal of Counseling & Development*, 64, 661-662.

Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. S. (1989). Adaptive functioning at home and in the classroom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 620-621.

Cohen, H. G. (1988). Measurement of adaptive behavior: Origins, trends, issues. *Child and Youth Services*, 10, 37-81.

Cone, J. D. (1987). Intervention planning using adaptive behavior instruments. Special issue: Adaptive behavior. *Journal of Special Education*, 21, 127-148.

DeVault, S. (1987). Assessment of adaptive behavior in helping to determine competence. *American Journal of Forensic Psychology*, 5, 45-53.

Fewell, R. R., Notari-Syverson, A., & Wheeden, C. A. (1997). The relationship between play and communication skills in young children with downs syndrome. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17, 103-118.

Goldstein, D. J., Smith, K. B., Waldrep, E. L., & Inderbitzen, H. M. (1987). Comparison of the Woodcock-Johnson Scales of Independent Behavior and Vineland Adaptive Behavior Scales in infant assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 5, 1-6.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1987). The relationship between adaptive behavior and social skills: Issues in definition and assessment. Special issue: Adaptive behavior. *Journal of Special Education*, 21, 167-181.

Harrison, P. L. (1984). The application of the Vineland Adaptive Behavior Scales in educational settings. *Techniques: A Journal of Remedial Education and Counseling*, 1, 101-112.

Harrison, P. L. (1989). Adaptive behavior: Research to practice. *Journal of School Psychology*, 27, 301-317.

Harrison, P. L., Kaufman, A. S., Hickman, J. A., & Kaufman, N. L. (1988). A survey of tests used for adult assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 6, 188-198.

Holden, R. H. (1984). Review of the Vineland Adaptive Behavior Scales. In D. J. Keyser & R. C. Sweetland (Eds.), *Test critiques I* (pp. 715-719). Kansas City, MO: Test Corporation of America.

Iceman-Sands, D. J. (1988). Criteria validity of the National Independent Living Skills Screening Instrument utilizing the Vineland Adaptive Behavior Scales--Survey Form. *Dissertation Abstracts International*, 48 (7-A) 1734.

Janos, P. M., Fung, H. C., & Robinson, N. M. (1985). Self-concept, self-esteem, and peer relations among gifted children who feel "different". *Gifted Child Quarterly*, 29, 78-82.

Kamphaus, R. W. (1987). Defining the construct of adaptive behavior by the Vineland Adaptive Behavior Scales. *Journal of School Psychology, 25*, 97-100.

Keith, T. Z., Harrison, P. L., & Ehly, S. W. (1987). Effects of adaptive behavior on achievement: Path analysis of a national sample. *Professional School Psychology, 2*, 205-215.

Keith, T. Z., Fehrmann, P. G., Harrison, P. L., & Pottebaum, S. M. (1987). The relation between adaptive behavior and intelligence: Testing alternative explanations. *Journal of School Psychology, 25*, 31-43.

Kerby, D. S., Wentworth, R., & Cotten, P. D. (1989). Measuring adaptive behavior in elderly developmentally disabled clients. Special Issue: The elderly person with mental retardation. *Journal of Applied Gerontology, 8*, 261-267.

Lehr, C. A., Ysseldyke, J. E., & Thurlow, M. L. (1987). Assessment practices in model early childhood special education programs. *Psychology in the Schools, 24*, 390-399.

McCallum, S. R., Helm, H. W., & Sanderson, C. E. (1986). Local norming and validation of an adaptive behavior screening instrument. *Educational & Psychological Measurement, 46*, 709-718.

McCartney, A. J. (1987). The Vineland Social Maturity Scale and the Vineland Adaptive Behavior Scales with Mississippi's mentally retarded citizens. *Dissertation Abstracts International, 47* (11-B), 4675.

Meacham, F. R., Kline, M. M., Stovall, J. A., & Sands, D. I. (1987). Adaptive behavior and low incidence handicaps: Hearing and visual impairments. Special Issue: Adaptive behavior. *Journal of Special Education, 21*, 183-196.

Mott, S. E. (1986). Methods for assessing child and family outcomes in early childhood special education programs: Some views from the field. *Topics in Early Childhood Special Education, 6*, 1-15.

Oakland, T., & Houchins, S. (1985). A review of the Vineland Adaptive Behavior Scales, Survey Form. *Journal of Counseling & Development, 63*, 585-586.

Oakland, T., & Houchins, S. (1987). A rejoinder to a misguided attack on the bearer of some good and some bad news. *Journal of Counseling & Development, 65*, 575-576.

Parsons, S. (1987). Locus of control and adaptive behavior in visually impaired children. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 81*, 429-432.

Poth, R. L. (1987). The Learning Accomplishment Profile-Diagnostic Edition, the Vineland Adaptive Behavior Scales, and the Stanford Binet Intelligence Scale: A study of construct validity. *Dissertation Abstracts International, 47* (7-B), 3159.

Poth, R. L., & Barnett, D. W. (1988). Establishing the limits of interpretive confidence: A validity study of two preschool developmental scales. *School Psychology Review, 17*, 322-330.

Ronka, C. S., & Barnett, D. (1984). A comparison of adaptive behavior ratings: Revised Vineland and AAMD ABS-SE. *Special Services in the Schools, 2*, 87-96.