

46933



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A U. N. A. M.



**EVALUACION DE LOS EFECTOS COLATERALES DE UN
PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA SOBRE
LA INTERACCION SOCIAL DE PACIENTES
PSIQUIATRICOS**

001
31921
G1
1983-2

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

GARCIA GOMEZ MERCEDES
LOZANO GONZALEZ CLAUDIA
MONTAÑO HORIUCHI ANA PATRICIA



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.

A tí.-

ANTONIO PINEDA FLORES.

QUE COMO UNA BANDEA DE FRATERNIDAD, NOS BRIN-

DASTE CONOCIMIENTOS, OPORTUNISMO Y CONFIANZA,

CON LO CUAL ES GRABAS EN FORMA PERENNE EN -----

NUESTRO CORAZON.

GRACIAS POR TU APOYO Y ASESORIA.

Las enfadosas.-

CLAUDIA, PATY y MACHEL.

(P.C.M.)

Agradecemos la colaboración de todas las personas que contribuyeron al logro de este trabajo:

JORGE MARQUEZ

FLORENTE LOPEZ R.

ARMANDO NOVELO MONTESINOS.

ARTURO SILVA

ESTHER MOSCOLA ESQUENAZI

OSALIA LESABELLA M.

HECTOR GARCIA

y a JOSE LUIS quien hizo posible el análisis de datos en la computadora.

CLAUDIA, PARY y MECHE.

A mis padres:

Agustín y Ma. del Carmen, por todo el apoyo -
que me han brindado siempre en todos los pro-
yectos de mi vida.

A mis hermanos:

Rosalba, Aliana, Paula y Agustín por ser bue-
nos hermanos y compañeros.

A mis abuelos:

kinichi y Consuelo por quererme y apoyarme en
todo.

A mis tíos, tías, primos y amigos.

Al amor que estimulas
las almas más tristes.
y revives los corazones muertos
al llanto lo transformas
en un canto de sonrisas.

A.A. PATRICIA MONTAÑO.

A los seres que más amo, mi padre y mi madre, por haberme enseñado a tejer las redes, a tirarlas en la mar y a esperar con paciencia - la pezca más valiosa: el producto del esfuerzo propio.

A mi hermana Teresa, símbolo en mí de la tenacidad, el amor y el respeto a sí misma.

A mi hermano Max y a mi sobrina Michelle, partes importantes de mi vida.

A Esther Moscona Esquenazi, profesionista y maestra, por el sentido que dichas palabras adquieren en su persona.

A Luz María de la Vega C., Esperanza Gómez.M., y Martha Lara H. porque cada una en su propia individualidad es un punto luminoso de incalculable valor, quienes con su luz han hecho mejor mi existencia.

A Verónica Alonso Ch., compañera, amiga,
pasado recuerdo, valioso y querido.

A todo aquel que sepa que en su vida tie-
ne la misión más bella, importante y sublime -
en su propia piedra en bruto.

A mis familiares y amigos, porque todos y
cada uno de ellos cooperaron para sembrar esta
semilla que hoy empieza a germinar.

CLAUDIA LOZANO.

Agradezco a mi madre su cariño que en todo momento me ha dado fuerzas para seguir adelante y a mis hermanos su apoyo y solidaridad, porque sé que siempre hicieron suyos mis proyectos.

A mi amigo Armando Rovelo Montesinos (made in, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas) le agradezco su colaboración en el análisis de datos.

También agradezco el trabajo de mis compañeras Claudia y Paty a quienes les adeudo haber soportado mis malos ratos, mis exigencias, mis vanidades, mis temores y mis dudas.

Mi reconocimiento al Resp.!. Tall.!. Teoyol cihuatl # 21 por sus sabias y profundas enseñanzas.

Por último y en forma muy especial a mi amigo y asesor de tesis ANTONIO PINEDA FLORES a quien le brindo un ósculo de amor, paz y mi más sincero agradecimiento.

Fraternalmente.

MECHE.

I N D I C E

	pags.
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- DESPROFESIONALIZACION EN PSICOLOGIA.....	3
III.- RECURSOS.....	9
IV.- EL CONCEPTO DE GENERALIZACION EN EL ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO.....	10
V.- ESTUDIO EXPERIMENTAL.....	14
A.- OBJETIVO.	
B.- METODO.	
1.- Sujetos y Material. -	
2.- Procedimiento.	
3.- Resultados.....	39
a).- Comparación de registros.....	46
b).- Descripción de gráficas.vvv.....	56
c).- Descripción de tablas.....	81
d).- Gráficas del programa de repertorios pre-laborales..	116
VI.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	120
VII.- ANEXOS.....	135
VIII.- FOTOGRAFIAS.....	210
IX.- BIBLIOGRAFIA.	

- .FE DE ERRATAS.-

- 1.- En la pag. 12, segundo párrafo, segunda línea dice: prtendía, debe decir;pretendía.
- 2.- En la pag. 22, cuarto párrafo, segunda línea dice:se llevaro ... debe decir; se llevaron... de lunes a viernes.
- 3.- En la pagina 130, en el renglón 18, del segundo texto dice: aunqe en la aplicación de una de ellas. Debe decir: Aunque en la aplicación de una de ellas.
- 4.- En la pag. 26, número 2, segunda línea dice:ya ya que se espera que..., debe decir; ya que se espera que...
- 5.- En la pag. 30, inciso (c), número 2 dice: tomar la tela con una mano y la tela con la otra. Debe decir; tomar la tijera con una mano y la tela con la otra.
- 6.- En la pag. 51, inciso (A), primer renglón dice: cuantificablede..., debe decir; cuantificable de...

El presente trabajo forma parte de una investigación más amplia en donde se han venido empleando técnicas de análisis conductual aplicado a un nivel institucional como respuesta a la carencia de este tipo de investigaciones y para el campo de acción del psicólogo conductual. Estas investigaciones pretenden cubrir diferentes objetivos. El de este trabajo en particular es evaluar los cambios en la interacción social de pacientes psiquiátricos crónicos como efecto de un programa de modificación que en este caso fué de repertorios prelaborales y encontrar un tipo de registro conductual que nos proporcionara información cuantificable respecto a los cambios observados en la conducta. En este sentido se pudieron probar dos tipos de registro, uno manual en el que se evaluaron categorías previamente definidas y un eléctrico en el que se hacía una descripción anecdótica de lo que sucedía en la situación de evaluación. Esto facilitó el análisis de los resultados a diferentes niveles; sujeto/sujeto, sujeto/material, etc., arrojando también ciertos datos del contenido de las verbalizaciones y personas que interactuaban además de la importancia que tiene evaluar conducta social en forma colateral con ayuda de estos dos registros, pues careciendo de datos acerca de este tipo de evaluaciones este puede convertirse en un trabajo que encabece una gran lista de investigaciones al respecto. Al mismo tiempo, aunque en forma indirecta, en este trabajo se manejó la desprofesionalización a nivel de entrenamiento a pacientes, como monitoras o conductoras de un programa de modificación. La desprofesionalización fué cobrando matices más importantes conforme transcurrían los programas de evaluación y entrenamiento, que se llevaron a cabo en forma conjunta, sobre todo por las consideraciones prácticas que surgen debido a las limitaciones que impone el trabajo en una institución y por las alternativas que tanto la desprofesionalización como el análisis conduc-

tual aplicado brindan a éste, de donde han surgido y seguirán -- surgiendo varias preguntas experimentales que puedan constituirse en el elemento fundamental por el cual nazcan futuras investigaciones, sobre todo en relación a la importancia creciente que tiene el empleo y selección de recursos (materiales, humanos y - temporales) adecuados a la situación o situaciones en las que se va a intervenir y que parece ser uno de los factores que por lo regular pasan desapercibidos, pese a que en este trabajo se en-- contró una relación muy estrecha entre el tipo de conducta que - se presentaba y el tipo de material con que interactuaban las pacientes, consideramos que debe realizarse una investigación más profunda en torno a este problema.

DESPROFESIONALIZACION EN PSICOLOGIA

Aun cuando no existe una definición precisa del concepto de "desprofesionalización" y han surgido varios problemas en relación a su práctica, se entiende por desprofesionalización la transmisión de los conocimientos profesionales a ciertos miembros de los sectores populares que por diversas causas difícilmente tienen acceso a los servicios del profesional en forma directa. Otras definiciones al respecto señalan a la desprofesionalización como la transferencia del conocimiento científico hacia los sectores populares (Bernal, Brea y Correa, 1980; Brea y Correa, 1980) ó también como la transferencia del conocimiento tecnológico hacia amplias capas de no-profesionales (Talento y Ribes, 1980). Dentro de este concepto es pertinente tener en cuenta la importancia del contexto histórico-social característico de las sociedades latinoamericanas en donde el papel del profesional se reduce principalmente a la reproducción del aparato ideológico de la clase dominante, dejando a un lado las necesidades de la clase dominada (Ribes, 1980). Estas son las premisas que dan cabida al surgimiento de la desprofesionalización, que aun cuando carece de una definición concreta, representa una buena alternativa para atender las necesidades (principalmente de falta de recursos humanos en el campo de la psicología) adquiriendo con esto un carácter social.

La función de la desprofesionalización se lleva a cabo durante el rompimiento de la interacción directa del profesional y la persona que requiere el servicio, introduciendo un tercer elemento llamado mediador, que puede ser un profesional de otra carrera o paraprofesional, en el caso en que el trabajo se realice en alguna institución, o un no-profesional como es el caso de utilizar a miembros de grupos comunitarios o familiares (Ribes,

1982). Carbonari, R. (1977) define a los paraprofesionales como "cualquier persona que trabaje con o al lado de una persona que tenga grado, licencia o certificado profesional. Además de estar adiestrada en el manejo de técnicas de modificación de conducta". Este mediador tendrá como función la aplicación directa de las técnicas profesionales, en quienes requieran el servicio, con el apoyo y supervisión del profesional. Este por su parte desempeña su papel a varios niveles uno de los cuales es fungir como maestro en relación a la enseñanza de las técnicas, otro el de interactuar directamente con el problema en busca de su organización y solución lo más ética y aproximada a las necesidades del grupo al que va dirigida, otra más consiste en proporcionar ciertos elementos que ayuden a los mediadores y a la misma comunidad a formarse una idea del papel social que desempeñan al involucrarse en este proceso y de las repercusiones que esto les acarrea.

La desprofesionalización en psicología se ha trabajado principalmente a 4 niveles diferentes determinados por las situaciones particulares del usuario de los servicios profesionales. Así tenemos por ejemplo, el entrenamiento a padres como una instancia o nivel de desprofesionalización que regularmente se lleva a cabo en el área de retardo en el desarrollo, en donde ya se han realizado varias investigaciones, coincidiendo todas ellas en la eficacia de utilizar a los padres como modificadores de la conducta problema de sus hijos. (Hoffman, Kaufman y Tyson, 1976; Riback, D. y Staats, A. W., 1970), por mencionar algunos. Otro nivel lo constituye el entrenamiento a maestros que se hacen cargo de conducir nuevos programas educativos, encaminados a la mejor integración del alumno en el salón de clases y al mayor aprovechamiento de la enseñanza (Carbonari, R., 1977, op. cit.) Un nivel más es aquél en el que se trabaja en una relación terapéutica/paciente y en donde este último debe adquirir la capacidad de autodirigir y autocontrolar su propia conducta, haciendo uso de

las técnicas previamente entrenadas por el terapeuta, en donde cabrían algunas técnicas de autocontrol. (Goldiamond, 1976). En este nivel la desprofesionalización no debe confundirse con el seguimiento de instrucciones, puesto que depende, al igual que los otros niveles, tanto de un juicio valorativo como de las necesidades del usuario. Esto significa que utilizar una técnica per sé, aunque sea de autocontrol, no implica desprofesionalizar.

Un último nivel es el que requiere de mayor atención, debido a la complejidad de las situaciones y de las múltiples relaciones existentes, cabe mencionar aquí el trabajo que se ha venido realizando en el área social aplicada en donde se entrena a personal para-profesional para cubrir las necesidades de servicio de una comunidad, que estando integrada por varios grupos, debe procurar solucionar sus problemas echando mano de los recursos a su alcance. Este trabajo de desprofesionalización se ha estado realizando en comunidades cuyo nivel económico no alcanza a pagar los servicios profesionales y constituye además un requisito en la práctica social del psicólogo, insertado en el plan curricular de la ENEP IZTACALA.

Para hablar de la desprofesionalización en el área clínica es conveniente tener en cuenta que este servicio se lleva a cabo a dos niveles a) consulta interna y b) consulta externa, lo que significa que son dos contextos diferentes. Cuando se habla de consulta externa se hace referencia a pacientes cuyo problema no requiere de una hospitalización, lo que permite que su rehabilitación se lleve a cabo en su medio ambiente natural utilizando, si fuera necesario, a familiares o amigos como mediadores (personal no profesional) o en otra modalidad entrenar al paciente para que sea su propio control, como lo señalan los procedimientos de Goldiamond (1976, op. cit.). La importancia de la desprofesionalización en este caso radica en que a nivel individual el tratamiento se lleva a cabo con elementos del medio ambiente natu-

ral, lo que trae como consecuencia que éste sea más efectivo en cuanto a duración, generalización y mantenimiento (Forehand, R. y Atkeson, B. M., 1977). También es importante en un tratamiento colectivo porque permite atender al mismo tiempo a un grupo de pacientes cuyos problemas puedan ser atendidos con una misma técnica, eligiendo entre ellos a un mediador que dará instrucciones y administrará contingencias.

Al hablar de consulta interna nos referimos a pacientes con problemas que requieren de una hospitalización y cuyo contexto medioambiental queda limitado a una institución, en la que se presentan problemas prácticos como es el desajuste entre el número de pacientes y el número de personal especializado, la falta de recursos humanos que contribuya a la aplicación directa de técnicas y la falta de recursos materiales, por lo que los programas que continuamente se aplican son de custodia más que de rehabilitación (Ayllon y Wright, 1977). Este es uno de los principales problemas que presenta el trabajo profesional a nivel institucional y es aquí donde la desprofesionalización cobra mayor importancia. Antes de hablar de la misma es conveniente aclarar que en nuestro trabajo la desprofesionalización implicó la transmisión de técnicas de modificación conductual hacia pacientes con perturbaciones mentales crónicas, para que a su vez entrenaran a otras pacientes en un programa conductual, dicha transmisión no es a nivel teórico, sino sólo se dan instrucciones para el manejo de técnicas. Esto se hace con la finalidad de a) subsanar la carencia de recursos humanos; b) aprovechar los recursos humanos existentes dando cabida a la implantación de otro tipo de programas conductuales que vayan encaminados a mejorar las condiciones medioambientales en las que se desenvuelven las pacientes. Por lo tanto la desprofesionalización se puede definir, en nuestro criterio, como la transmisión de la tecnología apropiada para el mejoramiento de relaciones sociales y condicio

nes medioambientales de pacientes psiquiátricas crónicas, entrenando a estas mismas como modificadoras. La importancia que cobra el trabajo de desprofesionalización estriba en que se podría difundir la tecnología necesaria para que personas de la propia institución ya sean médicos, enfermeras, personal de intendencia, etc, proporcionen una atención más directa a las pacientes. Tomando en cuenta todo lo anterior, cabe también la posibilidad de que las propias pacientes sean utilizadas como mediadoras, adiestrándolas en el manejo de técnicas para atender problemas en otras pacientes (Dominguez, Acosta y Carmona, 1977) y en el mejor de los casos adiestrar a las mismas en la obtención de registros válidos y confiables de las conductas que se están manejando. En el caso del estudio realizado por Domínguez, Acosta y Carmona (1977. op. cit.) cuyos objetivos eran tanto de tratamiento como de rehabilitación. En relación a esto último se pretendió mejorar el funcionamiento de los pacientes en su pabellón, lo que derivó en un programa de socialización mediante el entrenamiento de conductas de cooperación (aseo del pabellón) y crítica entre observadores. La importancia de este estudio radica principalmente en que debido a las características de una institución en la que el personal profesional es muy escaso, surge la alternativa de utilizar a los propios pacientes como mediadores, para lo cual se hizo una selección previa en base a criterios tales como: promedio de edad, nivel de preparación y como requisito indispensable, no deberían presentar daños físicos evidentes. Los pacientes seleccionados fueron entrenados como observadores y registradores, mediante un sistema de puntos. Ya bien establecido este repertorio se dió paso al entrenamiento en el otro programa que iba encaminado a eliminar la agresión entre los pacientes de un mismo pabellón. Los hallazgos más importantes de este trabajo son, por un lado, que realmente se logró entrenar algunos pacientes como mediadores, pues durante el programa de registros la --

conducta del observado, controlaba la del observador, alcanzando coeficientes de confiabilidad de 73 y 87 % entre registradores, aunque en esta primera etapa la labor del psicólogo es tanto de supervisión como de planeación, manejo de contingencias y entrenamiento, los autores concluyen que no deja de ser un paso que nos lleve al objetivo final que es poner el control y la conducción de los programas de este tipo en manos de los agentes naturales más directamente relacionados con la situación.

RECURSOS

Se ha mencionado con anterioridad la importancia que cobran, especialmente para la desprofesionalización, los recursos (Ayllon y Wright, 1977, op. cit.). Entendemos por éstos la **disponibilidad de los medios necesarios para que puedan manifestarse las actividades del repertorio conductual** (López, 1982).

Los recursos pueden ser físicos, relacionados con el medio ambiente, espacio geográfico o situaciones en las que se trabaja, así como el material o implementos de trabajo; pueden ser de tipo social o humano, se refiere al número de personal especializado congruente con el número de usuarios; pueden ser de carácter temporal, se relaciona con el tiempo en que están disponibles las situaciones y las gentes con las que se va a trabajar.

La importancia que cobra la especificación de los recursos estriba en la relación que guarda con los eventos conductuales, puesto que parte del control que se tiene sobre el medio ambiente consiste en hacer un recuento de cuántos sujetos se tienen, cuántos experimentadores están, en que situaciones espacio/temporal y con que material se trabaja, lo que se relaciona directamente con el tipo de tarea que se piensa realizar. Otra relación se da entre los recursos materiales existentes y el número de usuarios, ya que si el número de éstos es mayor al número de recursos disponibles se pueden generar varias clases de actividades inconvenientes. Otra relación un poco más complicada es la que se da entre las características del material y la tarea que se quiere realizar, pues tampoco es conveniente la existencia de un número excesivo de material, si éste no es de utilidad. Es por esto que se hace necesaria la consideración de la población con la que se va a trabajar a fin de que los recursos materiales vayan en relación a las preferencias de dicha población y a las restricciones impuestas en el medio ambiente en el que se trabaja. (López, 1982, op. cit.)

EL CONCEPTO DE GENERALIZACION EN EL ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO

El concepto de generalización en el análisis conductual tiene varias acepciones, una de ellas ha surgido de la investigación básica y considera que la generalización es "la representatividad de los resultados obtenidos en una investigación a otros niveles, ya sea en diferentes especies, en diferentes sujetos experimentales, con otras variables o con otros tipos de procesos" (Sidman, 1960). Por otro lado en la investigación aplicada la generalización se refiere a "los procesos en donde los cambios de actitud que se dan en el ambiente donde se realiza el tratamiento se generalizan o extienden a otros aspectos de la vida del paciente" (Hersen y Barlow, 1976). Los efectos de generalización se pueden observar a tres niveles diferentes, el primero es la generalización de los descubrimientos a través de sujetos o pacientes; esto es que los cambios de conducta que aparecen en un paciente como resultado de un tratamiento, deben aparecer cuando dicho tratamiento se realiza en otras pacientes con características similares al primero. El segundo tipo de generalización es visto a través de efectos de conducta, refiriéndose al terapeuta o experimentador como una variable importante. Por ejemplo; cuando un experimentador "X" con características definidas aplica un tratamiento a un problema determinado, los cambios que se presentan aquí son también observados cuando dicha terapia se aplica al mismo tipo de pacientes, pero mediante experimentadores diferentes. El otro tipo de generalización se refiere a las respuestas que fueron entrenadas en una situación particular y que se ponen de manifiesto en otras situaciones en las que no se entrenó. Todo esto cobró gran relevancia para nosotros puesto que en este trabajo se esperaba encontrar, por un lado, efectos de generalización de las respuestas entrenadas en el programa de modificación hacia otras situaciones no-entrenadas (de la situación de

entrenamiento a la situación de evaluación), particularmente en las categorías de dar y recibir instrucciones y sonreír. Cuando hablamos de generalización en estas categorías nos referimos a las instancias que fueron reforzadas en la situación de entrenamiento y que vuelven a manifestarse en una situación libre en la que no hay reforzador expreso para ellas. Por otro lado se esperaba observar ciertos efectos colaterales sobre conductas de repertorio social previamente definidas que se observan, por lo regular, en un contexto natural y que son reconocidas tanto como conductas positivas como conductas negativas (agredir, sonreír, conversar, llorar, etc), mismas que pueden verse afectadas colateralmente como consecuencia del entrenamiento en otras conductas con las cuales comparten características. Catania en 1975 define a la conducta colateral como la que "aparece en una relación consecuente con la conducta reforzada aunque el reforzador no esté explícitamente programado para ella", también se ha considerado que la conducta colateral "forma parte de una cadena de respuestas que comparten características con la respuesta que es blanco del reforzamiento" (Wilson, M. P. y Keller, F. S., 1953). El interés por evaluar este tipo de conductas viene de que se pueden encontrar incrementos en conducta social positiva (sonreír, conversar, etc.) o puede observarse un decremento en conductas negativas (agredir, interrumpir, etc.), lo que nos daría pie para justificar en este trabajo el empleo de un programa de repertorios pre-laborales, por el hecho de que el repertorio en él entrenado compite, en cierta forma, con algunas de las conductas consideradas como anormales y también porque este tipo de entrenamiento constituye una parte fundamental de todo un tratamiento que contribuye a la rehabilitación de las pacientes, agregando a todo esto la importancia que cobra el repertorio social como básico para la implantación de otros programas de adquisición o modificación. Ahora, en el peor de los casos se podría observar un incremento en conductas negativas o un decremento en conductas -

positivas, con lo cual el planteamiento anterior más que ser apoyado se rechazaría y en tal caso tendríamos que hablar de varias cosas como las características de las pacientes que definen su problema clínico, la falta de control experimental tanto en el programa de modificación como en el de evaluación, que se vería reflejado en un manejo inadecuado de la situación experimental y de los sistemas de registro, así como de la selección de conductas que se desean cambiar, etc.

Existen datos acerca de los efectos que en este estudio se pretendía evaluar como generalización de situaciones, uno de esos es el reporte de Bellak, A. S., Hersen, M. y Turner, S. M., (1976) en donde se entrenan habilidades sociales a pacientes psiquiátricos crónicos, mediante juego de roles y en el que se esperó que los efectos característicos de la escena que se entrenó se generalizaran a otra escena no entrenada y encontraron que la mayoría de las pacientes se comportaban de manera muy semejante en ambos tipos de situaciones, como producto del entrenamiento en una de ellas. En muy variadas ocasiones se ha observado un cambio concurrente en respuestas compatibles o semejantes a la respuesta blanco sobre la que se hace contingente un estímulo reforzador. Debido a esto se ha puesto énfasis en el estudio y la medición de dichas respuestas que se presentan como un efecto de generalización ante la presencia de una variable "X" (Fichter, Wallace, Liberman y Davis, 1976). Algunos autores, dedicados principalmente a la investigación básica establecen ciertas comparaciones entre el efecto de generalización del que se habla arriba, la conducta colateral y la superstición concurrente, esta última se define como "la respuesta que se mantiene por el reforzamiento que otra respuesta produce" (Gatania, 1975, op. cit.) De hecho todas estas definiciones tienen cierto parecido referente a la no contingencia del reforzador sobre el segmento de conducta que se está evaluando y a la presentación repetida del mismo en una situación en la que la conducta blanco del reforzamiento

to comparte características con dicho segmento.

TRABAJO EXPERIMENTAL

OBJETIVO. - El objetivo de esta tesis es, observar los cambios de interacción social que ocurren como efecto colateral de un programa de modificación de conducta, en el que se entrena conductas de repertorios pre-laborales. Al mismo tiempo desarrollar un sistema de evaluación que permita evaluar de manera sistemática y objetiva tales cambios en la conducta.

METODO. - Este sistema de evaluación consistió en un registro específico que nos pudiera arrojar datos acerca de los cambios de interacción social que se dieron en los pacientes que participaron en un programa de modificación conductual en situaciones controladas. El porqué de las situaciones controladas surgió como una necesidad de restringir el ambiente en el que se trabajó con los pacientes por dos cuestiones fundamentales:

a).- Pese a que se pensó realizar la evaluación en situaciones no controladas (comedor, jardín, etc.) se vió que en realidad esto era imposible por el hecho de que cada una de las pacientes que conformaban los diferentes grupos de evaluación preferían sitios y actividades distintos, hecho que dificultaba la evaluación de la interacción social, restandole validez al trabajo.

b).- Otro de los aspectos que nos obligó a restringir el medio ambiente se debió a que dentro de las actividades que se desarrollaban en el hospital no se observó alguna situación propicia para que se diera la interacción social, por lo cual se pensó en además de restringir la situación de trabajo, incluir materiales que generaran actividades ya sea cooperativas o actividades individuales. Esto tuvo también la finalidad de mantener a los pacientes ocupados en algo y para que no abandonaran la situación mientras se les evaluaba.

Los cambios en la conducta social se pueden evaluar observando la interacción entre:

- a).- pacientes incluidos en el programa conductual.
- b).- pacientes incluidos en el programa y pacientes no-incluidos por separado.
- c).- Observando la interacción entre pacientes incluidos y no-incluidos en el programa conductual.

SUJETOS.- Para este trabajo de evaluación se emplearon dos grupos de pacientes, mismos que estuvieron incluidos en el programa de repertorios pre-laborales y dos grupos de pacientes no-incluidos, que estaban clasificadas de la siguiente manera:

MONITORA I.- 26 años desde su ingreso el 11 de marzo de 1964, -- soltera, profesora rural con esquizofrenia crónica tipo catatonia. 45 años (edad actual).

MONITORA II.- Ingresó en el hospital en 1979 y su edad actual es de 38 años, clasificada con oligofrenia moderada/severa y retardo mental moderado.

MONITOREADA 1.- Edad 21 años a su ingreso al hospital el 8 de octubre de 1931, soltera con deficiencia intelectual y un cuadro de psicosis.

MONITOREADA 2.- No se encontró su expediente, pero resultó bien en la prueba preliminar que se le aplicó para incluirlas en el programa de repertorios pre-laborales.

MONITOREADA 3.- Con 40 años de edad y su ingreso fué el 23 de mayo de 1966, soltera, su diagnóstico es de psicosis y funciones cerebrales bajas, presta atención pero comprende mal, es una paciente muy irritable.

MONITOREADA 4.- Su edad es de 34 años, soltera ingresó el 29 de junio de 1976. Tiene crisis convulsivas, tipo gran mal y síndrome orgánico cerebral con psicosis. Actualmente presenta daño cerebral con epilepsia generalizada.

MONITOREADA 5.- De 50 años de edad, casada y clasificada con psi

cosis maniaco depresiva.

MONITOREADA 6.- 25 años a su ingreso el 10 de marzo de 1979, con deficiencia mental y desorientación en tiempo, atención buena, - pero comprensión pobre.

PACIENTE NO-INCLUIDA (a).- De 34 años de edad y clasificada con esquizofrenia.

NO-INCLUIDA (b).- 42 años de edad actualmente y clasificada con esquizofrenia hebefrénica con rasgos paranoides.

NO-INCLUIDA (c).- De 52 años, retardo moderado y un cuadro de -- psicosis.

NO-INCLUIDA (d).- 47 años de edad, soltera y con esquizofrenia - paranoide.

NO-INCLUIDA (e).- 36 años, con oligofrenia y retardo mental profundo.

NO-INCLUIDA (f).- 48 años de edad, casada con esquizofrenia tipo hebefrénica, soliloquios y memoria deficiente.

NO-INCLUIDA (g).- 40 años con un cuadro psicótico y retardo mental severo, escasa relación interpersonal y mutismo.

En cada grupo de pacientes incluidos hubo 4 gentes, una de ellas fungió como monitor y las otras 3 como monitoreadas, en el programa de repertorios pre-laborales. Las pacientes no-incluidas fueron personas institucinalizadas que quisieron participar y se les eligió azarosamente. Para el procedimiento de evaluación que nos incumbe se hizo una distribución de las pacientes de la siguiente manera:

GRUPO I.- pacientes incluidos dentro del programa de repertorios pre-laborales, Monitor I (M-I) y sus monitoreados 1, 2 y 3.

GRUPO II.- Sujetos no-incluidos dentro del programa de repertorios pre-laborales. Pacientes a, b, c, y d, elegidas al azar y se mantuvo constante hasta que una de las pacientes desertó por problemas de salud.

GRUPO III.- Sujetos incluidos y no-incluidos dentro del programa de repertorios pre-laborales, integrado por Monitor II (M-II), - su primer monitoreado (paciente 4) y dos pacientes elegidas al azar (e y f) que posteriormente pasaron a ser pacientes (d y e).

GRUPO IV.- Sujetos incluidos y no-incluidos dentro del programa de repertorios pre-laborales, sin que en este grupo hubiera monitor alguno. Se incluyó a los otros dos monitoreados del M-II (pacientes 5 y 6) y a otros dos pacientes elegidos al azar (pacientes g y h) que posteriormente pasaron a ser pacientes f y g.

La formación de estos grupos obedeció al siguiente objetivo

Se estableció una comparación entre el grupo I y el grupo II para observar el tipo de interacción que se daba en grupos -- que estaban en diferente condición (grupo I dentro del programa de repertorios pre-laborales y grupo II sin entrenamiento).

El grupo II nos sirvió para observar si la conducta de monitor se generalizaba a otros pacientes que no estuvieran en el -- programa de repertorios pre-laborales.

El grupo IV nos sirvió para observar si habían diferencias en la interacción social de pacientes que estuvieron en el entrenamiento y pacientes que no tuvieron entrenamiento alguno. Para evaluar como fué la interacción entre ambos.

SITUACIONES y MATERIAL.- Se trabajó en situaciones controladas que consistieron en meter a los pacientes en un cuarto donde había material de juego y para hacer trabajos manuales (se especificaron posteriormente) estos se distribuyeron en 3 áreas del espacio de una mesa que se encontraba frente al espejo de la cámara de Gesell, que consistía en un cuarto de 2 por 2 mts. Adjunto a éste se encontraba el cuarto desde donde se tomaba el registro. A los pacientes se les dió una indicación general como la siguiente: "VAN A ENTRAR Y PUEDEN HACER O TOMAR LO QUE QUIERAN, NO SALGAN DEL CUARTO HASTA QUE YO LES INDIQUE".

Se registró como respondían ante la presencia de otras pacientes y la interacción o no interacción que surgió a partir de la manipulación del material.

El material tenía las siguientes características:

- a).- podía ser manipulado por una sola persona.
- b).- permitía la interacción de 2 o más personas.
- c).- no era tóxico y no exponía en alguna forma la seguridad de las pacientes.

Estos materiales se mezclaron de tal manera que hubo en la situación material tanto para juego cooperativo, como para juego individual. El material se mantuvo constante durante una semana de evaluación y después se intercaló otro tipo de material para que a las pacientes no les aburriera manipular el mismo material todo el tiempo que permanecían en la situación.

MATERIAL. -

- JUEGO DE DOMINO (M 1)
- AJEDREZ (M 2)
- SERPIENTES Y ESCALERAS (M 3)
- ROMPECABEZAS (M 4)
- CUADERNOS Y LAPICES (M 5)
- PRODUCTOS DE BELLEZA (M 6)
- ACUARELAS, PINCELES Y CUADROS DE DIBUJOS (M 7)
- CARTONES CON DIBUJOS, LENTEJUELA Y PEGAMENTO (M 8)
- UN JUEGO DE LOTERIA (M 9)
- GLOBOS (M 10)
- LIBROS Y REVISTAS (M 11)
- PLASTILINA (M 12)
- MUÑEQUITAS PARA RECORTAR Y TIJERAS (M 13)
- JUEGO DE MEMORIA (M 14)
- PALITOS CHINOS (M 15)

JUEGO DE OCA (M 16)

BARAJA (M 17)

Dentro de la situación controlada y durante el tiempo de registro no se presentó contingencia alguna. Se hizo una especie de contrato en el que cada una de las pacientes obtenía una palomita por haber permanecido en la situación todo el tiempo que duró la evaluación. Al final de la semana la paciente o pacientes que habían obtenido el mayor número de palomitas fueron premiadas con alguna prenda de vestir, un shampoo, productos de belleza, etc. Esto se hizo con el fin de que las pacientes cooperaran con regularidad en las sesiones de evaluación, sin que esto tuviera algo que ver con la conducta de interacción social que se estaba evaluando.

Se emplearon dos tipos de registro, el primero nos arrojó información acerca de cómo se daba la interacción social de los pacientes en una situación controlada en base a :

1.- Dos tipos de categorías de respuestas.

a).- Interactivas.- Las cuales se tomaron como válidas siempre y cuando participaran dos o más personas.

b).- No-activas.- todas aquellas realizadas en forma individual.

2.- El intervalo de tiempo en que se emitían dichas respuestas durante los 15 minutos de tiempo total que duraba el registro.

3.- Entre que pacientes se daba específicamente la interacción (en caso de que se diera).

Las categorías de respuesta tanto interactivas como no-activas fueron definidas operacional y funcionalmente y se codificó cada una en símbolos (letras mayúsculas) para su mejor manejo dentro del registro.

El tiempo total del registro (15 min) se dividió en intervalos de 1 min. Dentro de cada intervalo y para cada sujeto hubo -

pequeños espacios o rejillas para anotar el mayor número de respuestas posibles que se llegaran a dar.

Se especificó la fecha, lugar, hora de inicio, hora final del registro, condición, nombres de los sujetos, de los registradores y material que se empleó en la situación controlada.

Con la ayuda de un cronómetro se vió cuándo había que cambiar de un intervalo a otro, además se utilizó el apoyo del "bip" del registro eléctrico, que marcaba intervalos de tiempo cada 10 seg. Cuando se dió la respuesta interactiva o no-interactiva se anotó en una de las rejillas (para el intervalo de tiempo y el espacio correspondiente a cada sujeto) el símbolo que correspondía a esa conducta dentro del código y a la derecha de la misma se anotó el número que correspondía al sujeto (s) ante el cual (es) se realizaba la conducta. Por ejemplo si el sujeto 3 realizaba una conducta conjunta con el sujeto 1 y 2 en el cuarto intervalo del tiempo total del registro se especificó como se indica a continuación:

0 6 12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 90

1' 2' 3' 4' 5' 6' 7' 8' 9' 10' 11' 12' 13' 14' 15'

SUJETO	1																
SUJETO	2																
SUJETO	3																
SUJETO	4																

6,2

FECHA _____ LUGAR _____ CONDICION _____
H. DE INICIO _____ H.DE TÉRMINO _____ GRUPO _____
No. DE ACUERDOS _____ No.DE ACUERDOS _____ CONFABILIDAD _____

CONFIABILIDAD.-

Para obtener la confiabilidad del registro se empleó la siguiente fórmula:

$$\frac{\# \text{ DE ACUERDOS}}{\# \text{ DE ACUERDOS MAS } \# \text{ DE DESACUERDOS}} \times 100.$$

(Galvan, E., Garcia, V., y colaboradores, 1978).

Esta forma de confiabilizar nos dió un porcentaje de acuerdos por intervalo de tiempo, por lo cuál se adecua al tipo de registro empleado.

El registro eléctrico consistió de lo siguiente:

Una grabadora en la que se conectaron 3 micrófonos, uno para grabar la conversación de las pacientes al otro lado del cubículo. Otro para grabar la narración del experimentador que estaba observando y otro más para grabar un "bip" que se marcaba cada 10 seg. En esta grabadora además de los micrófonos se conectaron un par de audífonos para escuchar la conversación de las pacientes y la propia narración (cuando era necesario). En el mismo registro se señaló que tipo de material se usaba, bajo que condición se evaluó, cuantos y cuales pacientes participaron, la fecha, etc. Ya obtenido el registro se vació el contenido del cassette, separando la narración en una hoja (forma 1) y la conversación en otra (forma 2). En la narración del registro se tomaron en cuenta todas aquellas conductas motoras y verbales que se presentaron en la situación, interactivas y no-interactivas, a manera de registro anecdótico. Este registro sirvió para correlacionar los registros manuales. Se trata de un sistema de evaluación nuevo que forma parte de una investigación llevada a cabo en el Hospital Campestre "José Sayago", bajo la dirección del profesor Emilio Ribes.

Las sesiones tuvieron una duración de 15 min. aproximadamente y se llevaron a cabo 5 veces a la semana de lunes a viernes. Se evaluó a un grupo por día para hacer un total de un registro semanal para cada grupo. Esto se debió a que teníamos restringido -

el tiempo para trabajar en ese lugar.

LAS FORMAS 1 Y 2 DEL REGISTRO ELECTRICO SE ANEXAN A CONTINUA
CION.

JUSTIFICACION Y FINALIDAD.-

La importancia que para la psicología conductual tiene el tipo de evaluación que se hizo estriba en que no existen datos en la literatura de pacientes institucionalizados que arrojen conocimiento de la evaluación de conductas que no están siendo entrenadas directamente y que pueden verse afectadas colateralmente por el entrenamiento de otras conductas más específicas. Además el hecho de que este trabajo se centrara en la evaluación de la interacción social fué porque se consideró que este tipo de repertorio en el ser humano, es básico para facilitar el aprendizaje y el moldeamiento de la conducta, lo que puede llevarnos a la obtención de otro tipo de repertorios. (Ribes, 1977).

En este trabajo se partió de dos premisas fundamentales:

- 1.- Pueden encontrarse efectos colaterales negativos como producto del entrenamiento y
- 2.- Se pueden encontrar efectos colaterales positivos en cuyo caso se justifica la finalidad de este trabajo, ya que se espera que este segundo tipo de efecto colateral se vea reflejado en un incremento de la interacción social de las pacientes. Dicho incremento podría mantener y generalizar el aprendizaje adquirido por las pacientes en el programa de modificación, ya sea para que sirvan como para-profesionales o mediadores en programas conductuales posteriores o bien, para facilitar en ellas mismas la adquisición de nuevos repertorios conductuales.

CODIGOS Y DEFINICIONES DE LAS CATEGORIAS DE RESPUESTA+

1.- CATEGORIAS INTERACTIVAS.- Todas aquellas conductas en -- las que interactuan dos o más personas.

CONTACTO FISICO (A).- Se define como tocar cualquier parte del -- cuerpo de su compañera con una o las dos manos.

AGRESION (B).- Se define como todas aquellas conductas violentas, intensas que produzcan daño a otra paciente (golpear o empujar -- bruscamente).

DAR INSTRUCCIONES (C).- Proporcionar indicaciones a las demás y - pedirles que realizen una tarea.

ACEPTAR INSTRUCCIONES (D).- Realizar la tarea que se le encomendó.

INTERRUMPIR (E).- Interferir en lo que está realizando otra perso -- na, ya sea en forma verbal o motora.

SONREIR (F).- Como una respuesta o contestación hacia otra perso -- na, manteniendo contacto visual con la misma.

JUEGO COOPERATIVO (G).- Tipo de actividad (de juego o de otra na -- turaleza) en la que la realización de una tarea depende de la in -- teracción de dos o más personas.

CONVERSACION (H).- Que se encuentren hablando dos o más personas dirigiéndose la vista ocasionalmente una a otra.

2.- CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- Todas aquellas conductas -- realizadas en forma individual.

MANIPULACION DE OBJETOS (I).- Tomar objetos con las manos y mover -- los durante un mínimo de 15 seg.

AUTOESTIMULACION (J).- Toda conducta repetitiva sin estímulo dis -- criminativo o reforzador externo ostensible. Como cabecear, ras -- carse, manierismos motores.

AISLAMIENTO Y RETRAIMIENTO (K).- Retiro de la situación, alejarse de las otras pacientes y de la situación de juego cooperativo, -- ausencia de interacción social así como la falta de contacto con el material.

EXPLORACION VISUAL (L).- Conductas de búsqueda emitidas por la paciente con o sin movimiento de la cabeza caracterizadas porque en ellas se fija la atención sobre un aspecto del medio ambiente.

RISA AUTISTA (M).- Expresión facial y extensión de la boca acompañada de sonidos indefinibles sin dirigirse a otra persona o mantener contacto visual o físico.

VERBALIZACION AUTISTA (N).- Que la paciente emita sonidos articulados como palabras y sílabas sin que haya referido.

JUEGO PARALELO (O).- Conducta en la que la paciente se encuentra jugando consigo misma o a solas con el material.

* Categorías basadas en Douglas, J. y Lewinson, M. (1976) y Ribes, I. E. (1977).

RUTA CRITICA.-

La evaluación se llevó a cabo conjuntamente con el procedimiento de adquisición de repertorios pre-laborales. De este modo cuando las pacientes se encontraban en período de línea base se evaluó línea base de las pacientes pero en interacción social. Se marcó en el registro que pacientes estaban en línea base y cuales cambiaban de fase en el procedimiento de adquisición de repertorios pre-laborales. No se manipuló como variable independiente dicho programa, sino que se evaluó colateralmente conducta social de acuerdo a las condiciones que el programa de modificación estableció. La evaluación en conducta social se llevó a cabo continuamente estuvieran o no las pacientes en la fase de entrenamiento en el programa de adquisición de repertorios pre-laborales.

El diseño que se empleó en el programa de repertorios pre-laborales fué el siguiente:

PROGRAMA DE REPERTORIOS PRE-LABORALES

OBJETIVO.- Se pretende entrenar en dos de las pacientes las conductas de monitor para que se encarguen de manejar una serie de técnicas conductuales, conduciendo un programa de repertorios pre-laborales en los demás pacientes (6 monitoreados).

METODO.-

Sujetos.- 8 pacientes psiquiátricas crónicas del Hospital -- Gampestre "José Sayago" de Tepexpan, Edo. Mex., dos de las cuales fueron entrenadas como monitoras, las 6 restantes fueron entrenadas por las dos anteriores. Tres pacientes para cada una de las monitoras.

Criterios de selección para las pacientes monitoras:

CONDUCTA VERBAL VOCAL.- Que tenga una voz audible, claridad en la expresión y coherencia.

CONTACTO FISICO.- Tocar a otra persona en cualquier parte del -- cuerpo, tomarle la mano, apoyarse en ella, etc.

CONTACTO VISUAL.- Mantener la mirada ante la vista de otras personas por espacio al menos de 5 seg.

Criterios de selección para las pacientes monitoreadas:

ATENCION.- Establecimiento de contacto visual con el estímulo, fijación visual en situaciones discriminativas, seguimiento visual de estímulos sucesivos.

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.- Realizar la tarea que se les encomienda sin que para ello haya que otorgar reforzador.

MOTORA FINA.- Destreza motora para realizar tareas variadas que requieran el empleo de las manos y los dedos.

Ambos repertorios se evaluaron mediante la aplicación directa de 10 items para cada una de las pacientes. Fueron diferentes items para cada tipo de repertorio requerido.

INVENTARIO PARA SELECCION DE MONITORAS

1.- REPORTE VERBAL (secuencia de conductas a entrenar).

Instrucciones.- Se preguntó a la paciente I (posible monitor) como realizar las siguientes conductas: ensartar una aguja, hacer un trazo sobre papel, etc.

Se anotó con una "X" los pasos que fueron reportando verbalmente las pacientes indicando si al hacerlo el lenguaje era fluido (LF), es decir en forma continua, entendible y con un tono de voz moderado. Además se anotó si había contacto visual (C.V.)

A) DIBUJAR

- 1.- Sentarse (en la silla)
- 2.- Recargarse en la mesa.
- 3.- Tomar el lápiz con una sola mano.
- 4.- Inclinarlo y apoyarlo sobre el papel.
- 5.- Mover el lápiz haciendo trazos.

B) RECORTAR PAPEL

- 1.- Tomar las tijeras con una mano
- 2.- Tomar el papel con la otra mano.
- 3.- Abrir y cerrar las tijeras siguiendo un contorno sobre el papel.

C) RECORTAR TELA.

- 1.- Prender un molde de cartón a la tela con un alfiler.
- 2.- Tomar la tela con una mano y la tela con la otra.
- 3.- Recortar la tela dándole la forma del molde de cartón.

D) COSER.

- 1.- Tomar el hilo y cortarlo.
- 2.- Ensartar la aguja.
- 3.- Hacer un nudo al hilo en el extremo.
- 4.- Introducir y sacar la aguja por la tela.

CRITERIOS DE EVALUACION.

- 1.- Se tomó el porcentaje de respuestas reportadas verbalmente. - Como mínimo un 60%.
- 2.- Para el lenguaje fluido, se tenían que dar dos de las categorías de respuesta requeridas (en forma continua, entendible y con tono de voz moderado).
- 3.- En contacto visual se requería que se diera la respuesta.

TABLA DE EVALUACION

CATEGORIA	PUNTUACION	PUNTAJE
REPORTE VERBAL	_____	_____
LENGUAJE FLUIDO	_____	_____
CONTACTO VISUAL	_____	_____
	SUMA	_____
	TOTAL	_____ 3

TABLA DE PUNTAJES

PUNTUACION	PORCENTAJE	
15	100	
14	93.3	
13	86.6	
12	80	
11	73.3	
10	66.6	
9	60	MINIMO
8	55.3	
7	46.6	
6	40	
5	33.3	
4	26.6	
3	20	
2	13.3	
1	6.6	

La segunda parte del inventario consistió en pedirle a la paciente que hiciera lo siguientes:

1.- Se le pidió que diera o siguiera las siguientes instrucciones según convenía.

a).- Dile a ella que se siente.

b).- Dílele que te dé las tijeras.

c).- Explicale como se ensarta una aguja.

d).- Dile como se toma el lápiz.

e).- Preguntale si te entendió.

2.- Acercamiento físico.

a).- Se le pide a la paciente que fije la vista en el experimentador.

b).- Que fije la vista sobre un objeto colocado sobre la mesa.

c).- Se le pide que entregue un objeto a otra persona.

3.- Contacto visual.

a).- Se le pide a la paciente que fije la vista en el experimentador.

b).- Que fije la vista sobre un objeto colocado sobre la mesa.

c).- Que fije la vista sobre un objeto en movimiento.

Estos ítems se evaluaron como correctos con una palomita y como incorrectos con una "X". Al final se sumó el número total de respuestas correctas y se sacó un porcentaje en base al número total de respuestas que se requerían. El porcentaje mínimo aceptable fue 60%.

TABLA DE PORCENTAJES

PUNTAJES	PORCENTAJES	
11	100	
10	90.9	
9	81.8	
8	72.7	
7	63.6	MINIMO
6	54.5	

PUNTAJES	PORCENTAJES
5	45.4
4	36.3
3	27.2
2	18.1
1	9

INVENTARIO PARA SELECCION DE MONITOREADOS

Este inventario consistió en poner a las pacientes a realizar las siguientes tareas (para evaluar conducta motora fina y gruesa).

- 1.- Introducir tornillos en un fibracel y ponerle una tuerca.
- 2.- Recortar muñecuitas de papel.
- 3.- Trazar líneas siguiendo un modelo.
- 4.- Pasar las hojas de un libro una, por una.
- 5.- Pegar figuras de papel sobre un cartón.
- 6.- Hacer nudos en un hilo.
- 7.- Ensartar sopa en un hilo.
- 8.- Pegar botones.
- 9.- Anudar agujetas.
- 10.- Abrir y cerrar frascos con diferente tapadera (rosca, corcho, y presión).

Por medio de estos items se evaluó seguimiento de instrucciones y atención.

Se calificó de la siguiente manera:

Se consideró que una tarea era correcta si además de haber sido cubiertos todos y cada uno de los eslabones que ella requería, se realizaba en un tiempo mínimo estipulado con anterioridad (de uno a 5 min. según lo requiriera la tarea) y se marcaba (C).

Las respuestas que no cubrían los requisitos arriba mencionados se consideraban como incorrectas (I).

Además se anotó si los pacientes se negaban a realizar la tarea como no-seguimiento de instrucciones (N).

Al final se sumó el número total de respuestas correctas y se sacó un porcentaje en base al total de respuestas con que contaba el inventario.

Los items de ambos inventarios están basados en Hinojosa, G. (1981) y una investigación que presidió a este estudio.

MATERIAL Y SITUACION.-

Se trabajó en un cubículo de Gessell con dos pacientes máximo, por la conveniencia de trabajar en un lugar restringido, debido a la minuciosidad de la tarea.

ACTIVIDAD.- Se realizó una capa para el uso de las pacientes.

MATERIAL.-

- 1.- Trozos de tela.
- 2.- Hilo.
- 3.- Agujas.
- 4.- Tijeras.
- 5.- Cartón.
- 6.- Estambre.

JUSTIFICACION.- El tipo de actividad que se realizó tenía la finalidad de incrementar en las pacientes la producción de algunos de los accesorios que pudieran ser de utilidad para ellas y del mismo modo constituya un aporte a las actividades que se realizaban en los talleres del hospital. (Martín, G. y Pallota, A. -- 1977; Mora, R.I. 1981). Se pretendía con esto que el tipo de conductas adquiridas en la realización de esta labor se generalizara hacia otras pacientes que no fueron entrenadas directamente y que les fuera de utilidad en la realización de otras cosas que en base al repertorio aprendido pudieran realizar. La actividad también se justificó en términos del material utilizado ya que era fácil de conseguir, económico (o mejor dicho no representaba gasto alguno) manejable y no tóxico ni peligroso para las pacientes.

MATERIAL PARA CONTROL.-

- Registros.

-Lista de items.

-Hojas de graficado.

MATERIALES PARA REFORZAR.-

Se utilizaron puntos como reforzadores inmediatos que se cambiaron más tarde por jabones, ropa usada, cigarrillos y otros artículos de aseo y uso personal.

TECNICAS EMPLEADAS.-

MOLDEAMIENTO.- Consiste en elegir una conducta terminal reforzando paulatinamente las aproximaciones a esta.

JUEGO DE ROLES.- Consiste en representar o modelar el papel que la monitor debe jugar para dar las instrucciones a otras pacientes (monitoreados) haciéndolo primero el experimentador y luego la paciente (monitor).

RETROALIMENTACION.- Consiste en indicarle al paciente en forma verbal si su ejecución fué buena o mala. En este último caso se le indicó la mejor forma de realizar la tarea.

ECONOMIA DE FICHAS.- Consiste en otorgar una ficha a la paciente (monitor) cada vez que realizara adecuadamente un eslabón de la cadena de respuestas fijada. Al final de la sesión se le cambiaron por algún reforzador de los ya descritos con anterioridad. Posteriormente esta técnica se cambió por un sistema de puntos que operó de manera similar.

ANALISIS DE TAREAS.-

- 1.- Trazer un círculo sobre un cartón utilizando como molde la base de un frasco y recortarlo.
- 2.- Poner el círculo de cartón sobre tela y recortarlo.
- 3.- Hilvanar la orilla del círculo de tela y jalar el hilo hasta que quede bien plegado el círculo en su centro. Amarrar.
- 4.- Unir cada uno de los círculos.

CADENA DE CONDUCTAS;-

- a),- Poner un pedazo de cartón bajo la base de un frasco, sostenerlo con la mano izquierda, tomar el lápiz o la pluma con la mano -

derecha y trazar una línea sobre el cartón alrededor de la base del frasco. Después de tomar el cartón con la mano izquierda se sostienen las tijeras con la mano derecha introduciendo los dedos índice y pulgar en los orificios de las tijeras, conduciendo sobre la línea trazada sobre el cartón, abriendo y cerrando el compas.

b).- Se coloca el círculo de cartón sobre un lienzo de tela (si se quiere doblado, para cortar varios círculos a la vez) se prende un alfiler y se corta como se indica en el paso anterior.

c).- Se corta un hilo de regular tamaño, se introduce por el ojo de una aguja y se anuda uno de los extremos del hilo. Se introduce la aguja en la tela, haciendo hilvanes de regular tamaño por toda la orilla del círculo de tela, al finalizar esta operación se jala el hilo haciendo que se pliegue la orilla hacia el centro del círculo y se amarran los extremos del hilo.

d).- Se unen los círculos cosiendo uno de los extremos al extremo del otro círculo.

CADENA PARA LOS MONITORES.-

APLICAR CONTINGENCIAS.- Entrega de fichas o cambio de las mismas por haber realizado las tareas de acuerdo a los criterios establecidos.

DAR INSTRUCCIONES.- Indicar a las pacientes en forma verbal que se va a hacer y como.

DAR RETROALIMENTACION.- Decirle al paciente después de realizada la tarea si la hizo o no en forma adecuada.

INSTIGACION FISICA Y VERBAL.- Indicar a la paciente (monitoreado) la mejor manera de realizar la tarea invitandolo verbalmente a que lo haga o conduciendo sus manos a la mejor realización de la cadena de respuestas.

CRITERIOS DE CAMBIO.

Se requirió que la conducta de las pacientes se mantuviera por tres sesiones consecutivas en el mismo nivel, durante el pe-

ríodo de línea base. En la fase de entrenamiento el requisito fué que la conducta se mantuviera por tres sesiones consecutivas en un 80% arriba del nivel de línea base.

FORMATO DE ENTRENAMIENTO:

Se utilizó como formato la Presentación Total de la Tarea -- (PTT) que consistió en pedir que la paciente realizara toda la cadena de conductas hasta llegar al objetivo final. En seguida se le administraron las contingencias necesarias como retroalimentación, reforzamiento social, etc.

JUSTIFICACION DEL FORMATO DE ENTRENAMIENTO.-

Existen datos en la literatura sobre modificación de conducta en los que se ha comprobado la eficacia del formato (PTT) con respecto al formato de encadenamiento. En los mismos se demuestra que el PTT permite una mejor ejecución y más rápido aprendizaje -- (Martin, Koop y Turner, 1980).

DISEÑO.-

Se utilizó un diseño de línea base múltiple entre sujetos -- (Jeffrey y Kelly, 1980) cuyas fases fueron las siguientes:

PASO I.-

Línea base con dos pacientes, Monitor I y II (M-I y M-II)

M-I _____ L.B.

M-II _____ L.B.

PASO 2.-

Entró el M-I al entrenamiento y al mismo tiempo se empezó a tonar la línea base de sus tres monitoreados, mientras M-II permaneció en línea base.

M-I	L.B.	ENTRENAMIENTO
		1 _____ L.B. _____
Monitoreados		2 _____ L.B. _____
		3 _____ L.B. _____
M-II	PERMANECE EN LINEA BASE.	

PASO 3.-

El M-I empezó a entrenar a su primer monitoreado, mientras las otras dos permanecían en línea base y el M-II entró a la fase de entrenamiento, y se evaluó al mismo tiempo la línea base de sus tres monitoreados.

M-I	<u>L.B.</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	<u>ENTRENAMIENTO A SU MONIT. 1</u>
		1	<u>L. B. ENTRENAMIENTO</u>
Monitoreados	2	<u>L. B.</u>	
	3	<u>L. B.</u>	
M-II	<u>L.B.</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	
	4	<u>L. B.</u>	
	5	<u>L. B.</u>	
	6	<u>L. B.</u>	

PASO 4.-

Cuando el M-I finalizó el entrenamiento de sus monitoreados, el M-II empezó a entrenar a su primer monitoreado y los otros dos permanecieron en línea base.

M-I	<u>L.B.</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	<u>ENTRENAMIENTO A MONITOREADOS</u>
		1	<u>L. B. ENTRENAMIENTO</u>
Monitoreados	2	<u>L. B. ENTRENAMIENTO</u>	
	3	<u>L. B. ENTRENAMIENTO</u>	
M-II	<u>L.B.</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	<u>ENTRENAMIENTO MONITOREADO 4</u>
	4	<u>L. B. ENTRENAMIENTO</u>	
Monitoreados	5	<u>L. B.</u>	
	6	<u>L. B.</u>	

Así sucesivamente hasta terminar con cada uno de sus monitoreados, comparando la ejecución de las pacientes entre sí ya que se presentaron fases diferentes en forma simultánea con diferentes pacientes (Hersen y Barlow, 1976).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se analizaron en varios niveles, el primero de ellos trató de cubrir uno de los objetivos generales de esta investigación que era desarrollar un sistema de registro que permitiera evaluar los cambios en la conducta. Para ello se realizó una comparación entre los dos registros utilizados; el manual y el eléctrico, para tratar de aclarar cuál de ellos arrojaba mayor información, cuál resultaba más práctico, en que situaciones era mejor utilizar uno u otro, que tipo de información arrojaba cada uno de ellos, etc. (ver pag. 53) También se utilizó una comparación práctica entre ambos registros haciendo el cómputo total de la frecuencia de las diferentes categorías de conducta obtenida por cada una de las pacientes del grupo seleccionado al azar, para tal objetivo. Dicha comparación se muestra en las gráficas de barras (ver apéndice I). Es importante hacer notar que se muestrearon tres fases diferentes (Línea base, entrenamiento y pos-entrenamiento).

El segundo nivel incluye los primeros resultados obtenidos del registro manual, mismos que fueron computados en forma de frecuencia en cada sesión de evaluación y por cada categoría de respuesta, incluyendo interactivas y no-interactivas para cada paciente. Estos resultados se muestran en las gráficas de frecuencia por paciente, en forma de barras para cada categoría de conducta (ver apéndice II) y además en el análisis visual que de ellas se hizo y a través del cual se determinó cuáles fueron las categorías tanto interactivas como no-interactivas que se presentaron con mayor frecuencia en los diferentes tipos de pacientes que fueron: incluidos (monitores y monitoreados) y no-incluidos. Estos primeros resultados fueron también la base principal para construir todos y cada uno de los cuadros utilizados.

Otro nivel de análisis derivado del anterior lo constituyen las medias ponderadas (\bar{X}) obtenidas según la fórmula $\frac{\sum fX}{\sum f}$ que



representa la suma total de cada uno de los datos que se desean promediar por el número de veces en que aparece cada dato, divididos entre la suma del número de casos (Espiegel, M. R., 1975). En este caso particular el numerador está representando la suma de las frecuencias de cada una de las categorías por las diferentes sesiones en las que se presentó y el denominador representa la suma de las diferentes sesiones en las que se presentó la categoría. Con estos datos se construyeron los cuadros 1-A, 1-B, 1-C y 1-D de 8 fases. (ver apéndice III) mismas que surgieron en base a las diferentes etapas del diseño de línea base múltiple entre sujetos llevado a cabo en el programa de modificación (repertorios pre-laborales). Esta división se hizo explícitamente para facilitar el análisis de datos de la evaluación de colaterales (situación libre). En donde la fase 1 consistió en la línea base para las dos monitoras (M-I y M-II), la fase 2 fué marcada por el entrenamiento de M-II y la línea base de sus 3 monitreados y línea base también para la M-I. La fase 3 consistió en el entrenamiento del primer monitreado del M-II, paciente 4, continuando en línea base todas las demás pacientes. La fase 4 estuvo marcada por el entrenamiento tanto de monitreada 5 como de M-I, mientras las demás pacientes continuaban en línea base. La fase 5 fué de entrenamiento de monitreados 6 y 1 continuando en línea base monitreados 2 y 3. La fase 6 fué de entrenamiento de monitreado 2, mientras monitreado 3 continuaba en línea base. La fase 7 fué de entrenamiento del último monitreado (3). La última fase (?) consistió en la evaluación de pos-entrenamiento.

El empleo de medias ponderadas se realizó porque nos permitió eliminar sesiones en las que la conducta o las pacientes no se presentaron, también debido a que el programa de repertorios pre-laborales, empleando un diseño línea base múltiple entre sujetos, trajo como consecuencia que el número de sesiones fuera diferente para cada paciente. Las medias ponderadas se emplearon para realizar las tablas 1-A en la que se usaron medias pondera

das en cada una de las categorías interactivas por grupo y por fase; la tabla 1-B similar a la anterior pero para categorías no interactivas; la tabla 1-C que muestra las medias ponderadas por grupos en diferentes fases, para categorías interactivas y no interactivas; la tabla 1-D en la que se muestran las medias ponderadas en las diferentes categorías interactivas y no-interactivas por grupo, abarcando todas las fases. De estos cuadros se realizó un análisis visual (ver pag. 81) cuya descripción nos permitió determinar cuales fueron las categorías de conducta tanto interactivas como no interactivas que se presentaron con medias ponderadas más altas, así también nos permitió determinar en qué fase se dieron las medias ponderadas más altas en categorías interactivas y no-interactivas, lo que también nos facilitó la observación en cuanto a precisar si los cambios fueron significativos de fase a fase y si el incremento en un tipo de conducta correspondió a un cambio semejante o contrario en el otro tipo de conducta (categorías interactivas y no-interactivas).

Este mismo análisis se realizó a un nivel diferente en cuanto al número de fases, puesto que se concretó a cuatro. El por qué de esta reducción se relaciona con la aplicación de un análisis estadístico (varianza simple y mixta) utilizando como matrices las propias tablas (3-A, 3-B, 3-C y 3-D) y obteniendo cuadros semejantes al del diseño factorial mixto en donde se incluyen las fórmulas para la obtención de los diferentes datos, cuyos elementos son los siguientes:

F.V.	S.C.	G.L.
ENTRE SUJETOS	$\frac{\Sigma \Sigma (\Sigma KY_{ijk})}{b} - c$	an - 1
VARIABLE DE TRATAM. A	$\frac{E_j (\Sigma i EK Y_{ijk})}{nb} - c$	a - 1
SUJETOS INTRA	SC - SC E.S. A.	a (n - 1)
INTRA SUJETOS	SC - SC total E.S.	an (b - 1)
VARIABLE DE TRATAM. B	$\frac{EK (\Sigma i E_j Y_{ijk})}{na} - c$	b - 1
INTERACCION A X B	$\Sigma j EK (\Sigma j Y_{ijk}) - c$	-SCA-SCB (a-1)(b-1)
SUJETOS X B INTRA A	SC - SC - SC E.S. B A.B.	a (n-1)(b-1)
TOTAL	$\Sigma i E_j EK Y_{ijk} - c$	abn - 1

En donde FV es la fuente de variación que se desea saber; - SC es la suma de cuadrados de cada uno de los datos, GL son los grados de libertad con que se desplazan los datos al rededor de una media; el símbolo Σ significa suma de datos. Los datos están representados por "J" en los renglones y "K" en las columnas, -- mientras que "i" representa a cada dato; la variable A, en algunos casos representa a las diferentes fases, como en el caso del cuadro 3-D; en otros representa a los diferentes grupos de pa-- cientes, como en el caso de los cuadros 3-A y 3-B; en el caso -- del cuadro 3-C la variable A está representando a las diferentes categorías de conducta, mientras que (a) representa los diferentes niveles de dicha variable. La variable B está representando a las diferentes fases en los cuadros 3-A, 3-B y 3-D; en el cuadro 3-C la variable B está representando a los diferentes grupos de pacientes, análogamente (b) representa los diferentes niveles de la variable B.

La reducción a 4 fases se justifica por el hecho de que en las ocho fases anteriores habían muchos ceros como datos, mismos que con la aplicación de estadística tienden a alterar los resultados reales. Las tablas 3-A, 3-B, 3-C y 3-D (ver apéndice III) corresponden a la construcción de los cuadros anteriores -- (1-A, 1-B, 1-C y 1-D) la única diferencia estriba en el número de fases. La división en cuatro fases se basó ya no en las diferentes etapas que marcó el diseño línea base múltiple entre sujetos; sino en las diferentes etapas por las que pasaron las dos monitoras. Línea base, evaluación que precede a la intronisión de cualquier variable, entrenamiento I, llamado así porque las pacientes monitoras recibían entrenamiento directamente del investigador, éste les proporcionó instrucciones, retroalimentación, reforzamiento, etc., y ellas a su vez aprendían el manejo de contingencias y todas esas conductas que integraban el repertorio de monitor y que se especifican en otra parte de esta misma tesis (ver pag. 28). El entrenamiento II que consistió en que las pacientes monitoras daban entrenamiento a cada una de sus 3 monitoreadas en forma individual, haciendo uso del repertorio -- aprendido y el pos-entrenamiento que consistió en una evaluación final, ya sin manejo de contingencias en el programa de modificación, lo que significa que éste ya había concluido.

Los datos de las tablas 3-A, 3-B, 3-C y 3-D fueron utilizadas tanto para hacer un análisis visual como para determinar estadísticamente si existió dependencia entre variables o poder de terminar la relación existente entre ellas, cosa que pudimos lograr con la aplicación del análisis de varianza (Grass, A., 1931; Maisel, L., 1973).

El último nivel de análisis parte de la suma de frecuencias obtenida en cada una de las tres fases en las que se dividió la evaluación. Para ello se construyeron varias tablas; la 2-A que contiene frecuencias de categorías interactivas y no-interactivas, por cada uno de los pacientes, en las diferentes fases. La

tabla 2-B contiene las frecuencias de ambos repertorios interactivo y no-interactivo incluyendo en cada uno todas las categorías; pero en cada uno de los grupos. Los cuadros 2-C y 2-D muestran las frecuencias obtenidas en cada grupo y en sus diferentes fases en categorías interactivas para la tabla 2-C y en categorías no-interactivas para la tabla 2-D (ver apéndice III). El uso de frecuencias en esta parte se justifica porque representa una forma alternativa de análisis que nos ayuda a eliminar las posibles alteraciones que pudieran haber en los datos que se obtuvieron cuando se utilizó medias ponderadas o cuando se usan promedios simples, que por demás sabemos encubren muchos datos que pudieran ser importantes. Además la utilización de frecuencias acumuladas en cada una de las 3 fases en que se dividió nos representan datos, aunque más gruesos por el nivel de análisis utilizado, también más reales. El número de sesiones se redujo aún más que en el nivel anterior y no es esta tampoco una división caprichosa, sino una forma de poder concentrar varios datos tomando en cuenta siempre las diferentes etapas por las que pasaron las pacientes monitoreadas del programa de repertorios pre-laborales. Todas las pacientes pasaron por tres etapas esencialmente que fueron: línea base, entrenamiento y pos-entrenamiento y tomando en cuenta esto, se llevó a cabo la división que fué nada más para facilitar la agrupación y análisis de datos. Además del análisis visual que pudimos hacer en estas tablas también se realizaron pruebas chi-cuadrada para las tablas 2-C, 2-B y 2-D bajo la fórmula: $\chi^2 = \frac{f_e - f_o}{f_e}$ que nos sirvió para analizar la interrelación entre las variables que nos interesan. En la fórmula, χ^2 representa al estadístico chi-cuadrada; f_e es la frecuencia esperada y f_o es la frecuencia obtenida. La aplicación de esta prueba nos permitió hacer otro tipo de análisis por medio del cual se puede determinar cuál fué el dato que más contribuyó a obtener el valor de (χ^2) , lo que también nos permitiría localizar el dato que determinó el rechazo o la aceptación de la hipó-

tesis.

Todos estos niveles arriba especificados corresponden al -- programa de evaluación de conducta colateral (interacción social) que depende de un programa de modificación en el que se entrenan repertorios pre-laborales. Ahora bien, el programa de modifica-- ción que podría ser tomado, aunque no rigurosamente, como varia-- ble independiente, tuvo evaluaciones basadas en porcentajes de - conductas apropiadas. En el caso de las monitoras se entrenaba - la forma de administrar contingencias de manera adecuada y en el caso de las monitoreadas las respuestas adecuadas eran la reali-- zación de la tarea en la forma indicada. Estos resultados se --- muestran en las gráficas de monitoras (I y II) y en las gráficas de monitoreadas (1, 2, 3, 4, 5 y 6), (ver apéndice IV) en las -- que se muestra el porcentaje obtenido por las pacientes, forman-- do una barra por cada sesión y señalando con una línea vertical el fin de cada fase.

COMPARACION DE REGISTROS

REGISTRO ELECTRICO.

1.- VENTAJAS.-

A).- Nos permite cuantificar la presentación de las categorías en cada una de las pacientes por sesión asistida. Para esto se hizo un recuento de las categorías que caían en las definiciones hechas en el registro manual. Además de otras categorías no definidas, se pudo establecer la cantidad de categorías interactivas y no interactivas que se presentaron en la sesión de evaluación, tales como sonreír, manipulación de objetos, juego cooperativo, conversación, habla autista, agresión, dar y aceptar instrucciones, autoestimulación, aislamiento, exploración visual, risa autista, juego paralelo, etc.

B).- También nos da información cuantificable de categorías no definidas previamente a nivel motora gruesa como sentarse, pararse, caminar o desplazarse dentro de la situación, y motora fina como encender un cigarro, fumar, pintarse la cara y las uñas, peinarse, rescarse, etc.

C).- Nos permite cuantificar también categorías interactivas no definidas con anterioridad y que se presentan continuamente como compartir el material o establecer contacto visual con otra paciente, movimientos de cabeza afirmando o negando, y algunas otras categorías no interactivas como bostezar, estornudar, tirar basura u objetos, contemplarse en el espejo, etc. Un ejemplo de esto es el siguiente párrafo extraído en forma azarosa del registro del día 28 de Octubre. Dicho registro en su parte narrativa dice lo siguiente:

"PACIENTE 1 ESTA DE PIE CERCA DEL ESPEJO, SE PINTA Y SE DELINEA LA BOCA, PACIENTES 2, Y 3 HACEN LO MISMO, PACIENTE 4 PERMANECE EN SILENCIO, SE PINTA LAS UÑAS, PACIENTE 2 SE RASCA, PACIENTE 3, HOJEA UNA REVISTA".....

D).- Este registro también arroja información cuantificable respecto a la interacción con el material, en grupo y en forma individual. La información que se obtiene es a tres niveles:

D-1).- Con qué material entra más en contacto cada paciente, para lo cual se diseñó una tabla en la que se ponían en forma horizontal los materiales utilizados, y en forma vertical se numeraron las pacientes. En cada cuadro se anotaban los intervalos en los cuales ocurrió la interacción. Así pudimos establecer que una de las pacientes incluidas del grupo 4 pasó la mayor parte del tiempo en interacción con la plastilina, mientras otras pacientes del mismo grupo interactuaban con el juego de memoria o con otro material no-incluido en la situación y otra paciente más se limitó a observar.

D-2).- El siguiente nivel nos permitió observar cuál era el material que "facilitaba", por así decirlo, la interacción social entre las pacientes. Así se observó que los materiales con los que hubo mayor interacción fueron los productos de belleza, las revistas, la plastilina, el juego de memoria y las serpientes y escaleras. Esto se sacó por medio de un muestreo de registros en cada fase de evaluación, por lo regular con diferente material y se hizo un análisis de las interacciones con el material mediante una categoría definida en el registro manual como juego cooperativo. -- Aunque debemos precisar que la interacción entre las pacientes -- nada más es en forma motora, ya que el análisis de la interacción verbal nos ocupa otro punto.

D-3).- El tercer nivel nos arroja información cuantificable con relación al número de verbalizaciones generadas por el material y aquellas generadas por otros aspectos (vida cotidiana de las pacientes), durante los intervalos que duró el registro (90). Igualmente el análisis se sacó del muestreo realizado con los registros y se observó que el material que "permitió" mayor interacción verbal fueron las serpientes y escaleras, los productos de

belleza, la plastilina y el juego de memoria. Sin contar con otro tipo de material no-incluido en la situación y que formaba parte del equipo con el que llegaban las pacientes, llámesele prendas de vestir, cigarros, bolsas, corcholatas, comestibles, etc. En el grupo 1 durante el entrenamiento la interacción verbal de las pacientes fué mayor en torno a las serpientes y eszaleras, con 37 intervalos. Le sigue la conversación generada por otros tópicos - (vida cotidiana de las pacientes) con 25 intervalos, posteriormente los productos de belleza con 7 intervalos. El material sobre el que hablaron menos fueron los palitos chinos. El grupo 4 en el pos-entrenamiento interactuó más con los productos de belleza, -- pues fué el material que "generó" más conversación entre las pacientes, con 10 intervalos de los 90 que consta el registro, además de 6 intervalos en los que se habló de otros tópicos. Los otros materiales no se mencionaron para nada. El mismo grupo en la fase de línea base tuvo más conversación en torno a la plastilina con 26 intervalos, seguida por la conversación en torno al juego de memoria con 21 intervalos, y 14 intervalos en los que se habló de otros tópicos. El material del que no se habló para nada fueron los globos.

E).- A nivel individual también nos permite precisar la duración de la interacción de cada una de las pacientes con el material. Por ejemplo, se pudo ver que algunas de las pacientes interactuaban con un sólo material desde el inicio de la sesión de evaluación, hasta el término de la misma. Es el caso de la paciente h (no-incluida) que muestra prolongados lapsos de tiempo en contacto con la plastilina, del intervalo 1 al 13 y del 15 al 41 y desde el intervalo 66 hasta el 90 permaneció en contacto con el juego de memoria. Otro caso es el de la paciente g (no-incluida) -- quien permaneció en contacto prolongado con el material no-incluido en la situación (cigarros), del intervalo 24 al 40. Recuérdese que los intervalos fueron de 10 seg. cada uno. Otra paciente con

un contacto prolongado con el material fué la paciente 6 (incluida) quien estuvo desde el intervalo 0 hasta el 22 en contacto con los productos de belleza, con este tipo de material también estuvieron en contacto bastante tiempo las pacientes monitor I y monitoreada 1 (ambas incluidas), la primera del intervalo 3 al 11 y la segunda desde el intervalo 22 al 31.

F).- El registro eléctrico nos dió información acerca de cuántos intervalos de tiempo transcurrieron sin interacción social entre las pacientes como por ejemplo: se puede ver que en un registro muestra de la fase de entrenamiento, el grupo 1 tuvo 23 intervalos en los que no se dió dicha interacción. En el registro muestra de línea base el grupo 4 tuvo 43 intervalos de tiempo total sin dicha interacción y en el registro de la fase de pos-entrenamiento hubo 74 intervalos sin interacción social también en el grupo 4, siendo este último el que estuvo un lapso de tiempo mayor sin interacción social.

II.- GRADO DE CORRESPONDENCIA.

Existe un alto grado de correspondencia entre la narración y el diálogo en la misma situación, puesto que en la narración se dice que una paciente hizo determinada cosa y sólo en caso de que este evento haya tenido algún contenido verbal se podía registrar en el diálogo, aunque el contenido del mismo, no se especificaba en la narración. Simplemente se decía: paciente 1 habla, y en el diálogo aparecía el contenido de esa verbalización, ya fuera auctista o conversación con otra paciente. El ejemplo siguiente es un fragmento del registro eléctrico en sus dos partes, narración y diálogo.

NARRACION

TIEMPO

// "RIP"

0 PACIENTE 1 DA UNA INDICACION A PACIENTE 2 // LE DICE ALGO

1 PACIENTE 2 LE DICE ALGO A PACIENTE 1 //

2 // PACIENTE 1 LE DICE A PACIENTE 3 QUE TIENE 6 PUNTOS.

DIALOGO

PACIENTE

"tiempo"

1 "0" ten este //

2 "1" seis y dos, ocho //"2"

3 tienes ocho puntos //"3"

III.- CARACTERISTICAS PRINCIPALES.

Podemos decir que, este registro es de tipo anecdótico aunque más sofisticado por el uso de los aparatos eléctricos, lo cual hace más fácil el manejo del registro ahorrandonos tiempo y dandonos una mayor oportunidad de registrar el continuo conductual en una situación controlada con varios pacientes simultaneamente. Su manejo es sencillo pero requiere de un entrenamiento previo (para evitar términos subjetivos), además de una revisión cuidadosa del equipo para probar su buen funcionamiento.

IV.- LIMITACIONES.

Una de las principales limitaciones está en el costo del equipo, ya que representa una inversión económica algo elevada -- puesto que consisite de una grabadora estéreo, una grabadora monoaural, 3 micrófonos, cables, cassettes y audífonos. Además el uso de este equipo constituye otra limitación, puesto que nos obliga de cierta forma a restringir el ambiente en el que se trabaja a una situación de cubículo, cosa que no permite observar el comportamiento de las pacientes en otras situaciones del medio ambiente natural en el que se desenvuelven. Otra limitación a la que nos enfrentamos con el uso de este registro es a nivel práctico relacionado con el vaciado de datos, que no permite obtener información cuantificable directamente, sino a base de un análisis previo y el diseño de ciertas tablas que permiten una mejor distribución de la información, como en el caso de los intervalos en los que no había interacción y más aún, en el caso en el que se debía sacar con mayor exactitud el material con que interactuaban más -

cada una de las pacientes. También por cuestiones prácticas se debe tener cuidado de que el número de pacientes en cada situación no exceda a 4, puesto que a la hora de vaciar los datos, sobre todo los del diálogo, podrían haber confusiones.

REGISTRO MANUAL.

1.- VENTAJAS.-

A).- Arroja información cuantificable de la presentación de las categorías en cada una de las pacientes por sesión asistida. Por ejemplo el número de veces en que una paciente 6 (incluida), emite una categoría X, la categoría H (conversación) por ejemplo, en donde esta paciente obtuvo una frecuencia de 36 durante una sesión de línea base.

B).- Permite situar en un intervalo temporal la categoría registrada, ya que la hoja en que se anotan cada una de las categorías está dividida en intervalos de 10 segundos hasta llegar a los 90 intervalos, que suman un total de 15 minutos, tiempo total del registro. Un ejemplo de esto es el siguiente: La paciente 6 (incluida) tuvo en el intervalo de 6 a 12 (un minuto) una frecuencia de 2 en la categoría L (exploración visual) y una frecuencia similar en la categoría K (aislamiento) y obtuvo una frecuencia de 1 en las categorías H (conversación) y F (sonreír).

C).- Arroja un promedio de confiabilidad aceptable entre 70 y 90 % (ver gráficas de confiabilidad), ya que para realizar esto son indispensables dos registradores y un acuerdo previo entre ambos acerca de la forma en la que se realizará el registro, por medio de muestreo en cada intervalo. Para ello se realizaron sesiones preliminares en las que los registradores se entrenaron en el manejo del registro, de tal manera que pudieran tener presente, tanto la clave de la categoría en cuestión como su definición y pudieran muestrear la conducta de las 4 pacientes que se encontraban en la situación en un intervalo de 10 segundos, esto último fue apoyado por el conteo y un sonido "BIP" que, grabado en una

cinta magnetofónica, corría de un continuo desde el inicio hasta el final de la sesión.

II.- CARACTERISTICAS PRINCIPALES.-

Este registro es sumamente económico y práctico, pues solo se necesitan hojas de papel con un esquema del registro previamente estructurado, en el que se señala en la parte horizontal el tiempo dividido en minutos, con un sub-índice que señala el número de intervalos corridos en la grabación. En la parte vertical se numeran los sujetos, escribiendo además su nombre a la hora del registro (para evitar confusiones). En los cuadros libres se anota la clave de la categoría que emitió cada paciente en el tiempo correspondiente. Se utilizan dos hojas y dos lápices por sesión. Además este registro a diferencia del eléctrico, sí permite cuantificar y graficar directamente los resultados sin necesidad de hacer un análisis aparte. También es de fácil manejo puesto que existen categorías ya definidas con anterioridad y que además están codificadas para su mejor y más fácil manejo.

III.- LIMITACIONES.

Algunas categorías se confunden principalmente en lo tocante a conducta verbal (verbalización autista, conversación y dar instrucciones), esto trae como consecuencia la falta de validez, pues como no se tiene acceso, auditivo a la situación se ignora cuál de estas categorías se presentó. Otra de las limitaciones en el uso de este registro, es que no nos da oportunidad de registrar al mismo tiempo, a las pacientes que están en la misma situación, sobre todo en el momento en que se presentaba una gran cantidad de conductas interactivas principalmente, por lo mismo no se pueden señalar las pacientes entre las que se da la interacción, pues hay situaciones en que todas las pacientes hablan y juegan al mismo tiempo. Otra limitación es la variedad de conductas que se pueden registrar, pues debido a que ya existe un número determinado de categorías interactivas y no-interactivas, aque

llas conductas que se presentan pero que no caen en las definiciones hechas, quedan fuera del registro.

REGISTRO ELECTRICO VS. REGISTRO MANUAL

Se tomaron muestras de ambos registros en las diferentes fases, ellos revelaron que algunas categorías del registro eléctrico caían en las categorías definidas en el registro manual, sin embargo, al hacer el cómputo de las categorías registradas en el eléctrico no concordó con la cantidad de categorías registradas en el manual, principalmente en lo que se refiere a categorías no interactivas como J (autoestimulación), K (aislamiento) y L (exploración visual). En categorías interactivas fué mayor el número registrado en el eléctrico, aunque la diferencia no es muy grande. Por otro lado el registro eléctrico proporciona información adicional de una gran variedad de conductas que no fueron definidas pero que se presentaban con regularidad como son: bostezar, rasarse, fumar, estornudar, movimientos de cabeza, dormir, desplazamientos y algunas otras conductas motoras que se presentaron con menor frecuencia. Esto se ejemplifica mejor en las graficas de comparación de registros.

CONDICIONES EN QUE SE PUEDE USAR UNO Y OTRO REGISTRO

El registro eléctrico es sumamente útil en lo que a conducta verbal se refiere, éste podría ser empleado en el área de educación especial para el diagnóstico y tratamiento en problemas de conducta verbal, o bien en el área clínica con pacientes que presentan conducta mutista o problemas de verbalizaciones incoherentes.

Un ejemplo hipotético correspondiente al área de educación especial sería el siguiente: supongamos que tenemos a un paciente que no pronuncia ciertas palabras correctamente, lo primero sería tratar de diagnosticar que tipo de fonemas o combinaciones de estos no puede pronunciar, así como cuál es la topografía de cada uno de los elementos del aparato fonador en la emisión de dichos

fonemas. Después se tendría que definir la estrategia a seguir en relación al tipo de técnicas que se van a emplear, la definición de las posiciones correctas de cada elemento del aparato fonador para emitir los fonemas adecuadamente, los estímulos de apoyo necesarios (abate-lenguas, globos, etc. etc.). El registro eléctrico en esta situación, tomando en cuenta que nos da información a dos niveles, se podría utilizar de la siguiente manera: por un lado se grabarían las verbalizaciones del paciente para tratar de detectar los fonemas en los que presenta problema (diálogo) y por otro lado podríamos describir en forma específica como es la cadena de respuestas (posición de los elementos del aparato fonador) narrando la topografía, colocando al paciente frente al espejo. Del mismo modo se evaluarían los efectos del programa de modificación empleado.

El registro manual, como ya se dijo anteriormente (desventajas), no permite registrar particularidades de la conducta verbal pero resultaría de gran utilidad en las áreas de educación especial y clínica para evaluar técnicas empleadas en pacientes que emitan en forma inadecuada algunas verbalizaciones o que no presenten conductas a nivel motor (motora fina y gruesa) necesarias en su repertorio conductual. Para este caso supongamos que tenemos a un paciente con una clasificación clínica de "retraso mental" y su problema principal es que no puede vestirse por sí mismo. La conducta de vestirse es en sí toda una cadena de respuestas que abarca desde tomar cada uno de los elementos necesarios (pantalón, camisa, zapatos, etc.) hasta colocárselos correctamente, abotonarlos, atar agujetas, etc. Primero se diagnosticaría que tipo de respuestas o eslabones de la conducta de vestirse se emiten en forma inadecuada o son omitidas por el paciente, para enseguida elegir la técnica o estrategia que se empleará. El registro manual podría ser utilizado en este caso para evaluar la ejecución de cada una de las respuestas (categorías) de la con

ducta final para tener una evaluación del efecto de las técnicas empleadas.

GRAFICAS DE MONITORAS

Descripción de las gráficas del registro manual del programa de evaluación. Los valores están dados en barras de frecuencia, - tanto para las categorías interactivas como para las no-interactivas en las diferentes sesiones de evaluación que en total fueron 13.

CATEGORIAS INTERACTIVAS.- La paciente monitor (I) mostró una ausencia total en las categorías A (contacto físico), B (agresión) y E (interrumpir) a lo largo de las 6 sesiones de la primera fase, la categoría C (dar instrucciones) se presentó en todas las sesiones con una frecuencia más alta de 11 y la más baja de 1, la categoría D (aceptar instrucciones) sólo se presentó en la cuarta sesión con una frecuencia de 3, la categoría F (sonreír) se presentó en las tres primeras sesiones de la fase 1 con una frecuencia más alta de 6 y la más baja de 1, la categoría G (juego cooperativo) se presentó en las sesiones 1,2,4,y 6 de la misma fase -- con una frecuencia más alta de 5 y la más baja de 3, la categoría H (conversación) se presentó en todas las sesiones con una frecuencia más alta igual a 20 y las más bajas de 4. Para la fase 2 las categorías A (contacto físico), B (agresión), C (dar instrucciones), D (aceptar instrucciones), E (interrumpir) y G (juego cooperativo) no se presentaron; en tanto la categoría H (conversación) mostró la frecuencia más alta de 17 y la categoría F (sonreír) tuvo la frecuencia más baja con un valor de 6. En la fase 3 la monitora I mostró sus valores más altos en la categoría H -- (conversación) con una frecuencia de 4, seguida de las categorías C (dar instrucciones) y F (sonreír) con frecuencias de 2 y 1, respectivamente. El resto de las categorías interactivas no se presentaron. En la fase 4 la categoría H (conversación) tuvo el valor más alto con una frecuencia de 35 seguida por las categorías G (juego cooperativo) con un valor de 20 y C (dar instrucciones) con frecuencia de 6, las demás categorías interactivas no se pre-

sentaron. Para la fase 5 de evaluación no se tienen datos porque la monitora no se presentó. En la fase 6 las categorías F (sonreír) y H (conversación) obtuvieron ambas un valor igual a 1, las demás categorías interactivas no se presentaron. Para la fase 7 no se presentó ninguna categoría interactiva. En la fase 8 las categorías que se presentaron fueron H (conversación) con una frecuencia de 19 que fué la más alta, G (juego cooperativo) con una frecuencia de 15 y F (sonreír) que obtuvo la frecuencia más baja igual a 3, las otras categorías interactivas no se presentaron.

La paciente monitor II.- Mostró una ausencia total en las categorías B, D y E a lo largo de las 5 sesiones de evaluación pertenecientes a la primera fase, la categoría A se presentó en la sesión 3 con una frecuencia de 3, la categoría C se presentó en las sesiones 1 y 5 con una frecuencia de 3 y en las sesiones 3 y 4 con una frecuencia de 1, la categoría F se presentó en la sesión 2 con una frecuencia de 3 y en la sesión 3 con una frecuencia de 7, la categoría G obtuvo su valor más alto con un valor de 19 en la sesión 5 y la frecuencia más baja la obtuvo en la sesión 1 con un valor de 6, la categoría H obtuvo su valor más alto en la sesión 5 con una frecuencia de 27 y el más bajo en la sesión 2 con un valor de 4. Para la fase 2 la monitora II obtuvo los valores más altos en la categoría H con una frecuencia igual a 38, seguida de las categorías C y F que obtuvieron ambas una frecuencia igual a 7 y por último la categoría G que se presentó con una frecuencia igual a 5, las demás categorías interactivas no se presentaron. En la fase 3 la categoría H obtuvo una frecuencia igual a 30, seguida de la categoría C con una frecuencia de 20 y la categoría A que obtuvo el valor más bajo con una frecuencia de 3, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase 4 la categoría que muestra la frecuencia más alta es H con un valor de 31, seguida de la categoría C con una frecuencia de 7 y la categoría F con una frecuencia igual a 1, las otras categorías no se

presentaron. En la fase 5 la categoría H obtuvo la frecuencia más alta con un valor de 25 y la categoría F obtuvo un valor de 1, las demás categorías interactivas no se presentaron. En la fase 6 la categoría H obtuvo una frecuencia de 5 y la categoría C una frecuencia de 4, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase 7 la categoría H muestra el valor más alto con una frecuencia de 29, seguida de la categoría C con una frecuencia de 13 y las categorías A y F con un valor ambas de 6, las demás categorías interactivas no se presentaron. En la fase 8 las categorías B, D y E no se presentaron a lo largo de las 3 sesiones de evaluación, la categoría A tuvo una frecuencia de 4 en la sesión 1 y una frecuencia de 1 en la sesión 3, la categoría C se presentó en la sesión 1 con una frecuencia de 2 y la sesión 2 se presentó con un valor de 1, la categoría F se presentó en la sesión 2 con una frecuencia de 3, la categoría G se presentó en la sesión 2 con una frecuencia de 3 y en la sesión 1 de esta misma fase (8) con una frecuencia igual a 10. La categoría H se presentó en esta fase 8 en la sesión 1 con una frecuencia de 19 y en la sesión 3 con una frecuencia de 38.

CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- La monitora I, en la fase 1 de 6 fases obtuvo el valor más alto de 31 y el más bajo igual a 2 en la categoría I (manipulación de objetos) que se presentó en las 6 sesiones de esta fase, la categoría J (autoestimulación) solamente se presentó en la sesión 3 con una frecuencia de 5, la categoría K (aislamiento) se presentó en las sesiones 2, 3 y 5 con una frecuencia más alta de 12 y la más baja de 6, la categoría L (exploración visual) se presentó en las sesiones 2, 4, 5 y 6 siendo la frecuencia más alta de 3 y la más baja de 1, la categoría M (habla autista) no se presentó en ninguna sesión de esta fase, la categoría N (risa autista) se presentó en la sesión 3 con una frecuencia de 5, la categoría O (juego paralelo) se presentó en las sesiones 2, 3, 4 y 6 con la frecuencia más alta de 30 y la más baja

de 2. En la fase 2 la categoría que presentó el valor más alto --
fue K (aislamiento) con una frecuencia de 17, seguida de las cate-
gorías I (manipulación de objetos) y O (juego paralelo) con una --
frecuencia en ambas igual a 5. En la fase tres las categorías J-
(autoestimulación), M (habla autista), N (risa autista) no se --
presentaron, la categoría I (manipulación de objetos) obtuvo una
frecuencia igual a 24, la categoría K (aislamiento) obtuvo una --
frecuencia de 5, en las categorías O (juego paralelo) y L (explora-
ción visual) las frecuencias fueron de 21 y 8, respectivamente.
En la fase cuatro las categorías J (autoestimulación), K (aisla---
miento), M (habla autista), N (risa autista) no se presentaron, -
la categoría I (manipulación de objetos) obtuvo una frecuencia -
de 13, las categorías L (exploración visual) y O (juego paralelo)
obtuvieron frecuencias de 3, ambas. En la fase cinco no se pre--
sentó la paciente por eso no se obtuvieron datos. En la fase --
seis la categoría I (manipulación de objetos) obtuvo un valor de
41 y la categoría O (juego paralelo) la frecuencia fue de 38, las
categorías restantes no se presentaron. En la fase 7 sólo se pre-
sentaron las categorías I (manipulación de objetos) y O (juego pa-
ralelo) con una frecuencia para ambas de 45. En la fase ocho la -
categoría I (manipulación de objetos) obtuvo una frecuencia de 28.
La categoría L (exploración visual) obtuvo una frecuencia de 18 y
la categoría J (autoestimulación) obtuvo una frecuencia de 4, el
resto de las categorías no se presentaron.

Para la monitora II las categorías no-interactivas M y N no
se presentaron en ninguna de las cinco sesiones de la fase uno, -
la categoría I obtuvo una frecuencia de 26 en la sesión 4 y una -
frecuencia igual a 1 en la sesión 3, la categoría J únicamente se
presentó en la sesión 2 con un valor de 1, la categoría K obtuvo
una frecuencia de 22 en la sesión 3 y el valor más bajo lo obtuvo
en la sesión 4 con una frecuencia de 1, la categoría L obtuvo una
frecuencia de 14 en la sesión 3 y una frecuencia de 3 en la se-
sión 4, la categoría O tuvo una frecuencia de 25 en la sesión 4

y 2 en la sesión 2. En la fase 2 la categoría I obtuvo una frecuencia de 11 y la categoría O obtuvo una frecuencia de 10, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase tres las únicas categorías que se presentaron fueron I y O con frecuencias de 9 y 24 respectivamente. En la fase cuatro sólo se presentaron las categorías no-interactivas I y O con frecuencias de 29 y 23 respectivamente, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase 5 la categoría I se presentó con un valor de 41, la categoría N se presentó con una frecuencia de 4, la categoría O obtuvo una frecuencia de 31, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase seis la categoría I obtuvo una frecuencia de 36, la categoría O se presentó con una frecuencia de 31 y las categorías L y N obtuvieron frecuencias ambas igual a 1. En la fase siete la categoría I obtuvo una frecuencia igual a 18, la categoría K una frecuencia de 2, la categoría L se presentó con una frecuencia de 5 y la categoría O con una frecuencia de 4, el resto de las categorías no se presentaron. En la fase ocho la categoría I se presentó en la sesión 1 con una frecuencia de 20 y en la sesión 2 con una frecuencia de 33, la categoría J sólo se presentó en la primera sesión con una frecuencia igual a 1, la categoría K sólo se presentó en la sesión 1 de esta fase ocho con una frecuencia de 2, la categoría L obtuvo un valor de 5 en la primera sesión y un valor de 15 en la tercera sesión, las categorías M y N no se presentaron y la categoría O se presentó con un valor de 15 en la primera sesión y un valor de 4 en la tercera sesión.

En general se observó que las categorías que predominaron en ambas monitoras fueron H (conversación) G (juego cooperativo) y F (sonreír) por parte del repertorio interactivo, mientras que en las categorías no-interactivas las que predominaron fueron I (manipulación de objetos), O (juego paralelo) y L (exploración visual). La monitora II obtuvo frecuencias más altas tanto en categorías interactivas como en no-interactivas, en relación a los va

lores obtenidos por la monitora I. Siempre predominaron los valores de frecuencia obtenida por las categorías no-interactivas sobre las interactivas. Otras categorías como C (dar instrucciones) y A (contacto físico) fueron también predominantes en la monitora II.

GRAFICAS DE MONITOREADAS

Descripción de las gráficas del registro manual del programa de evaluación. Los valores están dados en barras de frecuencia, tanto para las categorías interactivas como para las no-interactivas en las diferentes sesiones de evaluación que en total fueron 13.

CATEGORIAS INTERACTIVAS.- La paciente 1, mostró una frecuencia igual a cero en la categoría E (interrumpir) a lo largo de las 13 sesiones de evaluación. Las categorías A (contacto físico) y C (dar instrucciones) mostraron una frecuencia igual a uno en una de las 6 sesiones de la fase 1 (línea base). La categoría D, presentó una frecuencia total de diez, en tres de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones de las fases 3 y 4 (sesión por fase). La categoría F (sonreír), se presentó con una frecuencia total de veintiseis en las 6 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, y 8 (sesión por fase). La categoría G (juego cooperativo), mostró una frecuencia de quince en 4 sesiones de la fase 1, y en la sesión correspondiente a la fase 4. En la categoría H (conversación), hubo una frecuencia igual a ciento veintiuno distribuida en las 6 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, 4, 5, 6, y 8.

La paciente 2, en las categorías A y E, mostró una frecuencia igual a cero a lo largo de las 13 sesiones (en todas las fases). La categoría C, mostró una frecuencia igual a cinco distribuida en 2 de las 6 sesiones de la fase 1 y en la sesión correspondiente a la fase 4. En la categoría D, mostró una frecuencia igual a cuatro en 2 de las sesiones correspondientes a la fase 1 y en la sesión de la fase 3. Para la categoría F, hubo una frecuencia igual a veinticinco en 5 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, 7 y 8. En cuanto a la categoría G, hubo una frecuencia de veintiuno, la cual se dio en dos sesiones de la fase 1 y en las sesiones de las fases 4

y 3. Por último, para la categoría H la frecuencia mostrada fué - de sesenta y dos la cual se distribuyó en 5 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, 5, y 7.

La paciente 3, mostró para la categoría C, una frecuencia de uno la cual se dió en la sesión de evaluación correspondiente a - la fase 8. Para la categoría A, la paciente mostró una frecuencia similar a la de la categoría anterior, sólo que ésta se dió en -- una sesión de las correspondientes a la fase 1. En cuanto a la ca- tegoría E, mostró una frecuencia de cero en las trece sesiones de evaluación. En la categoría D, la frecuencia fué igual a nueve la cual se dió en 2 de las sesiones de la fase 1 y en la sesión co-- rrespondiente a la fase 4. La misma frecuencia de nueve fué obtenida para la categoría F, distribuída en una de las sesiones de - la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 4, - y 5. Para la categoría G, la frecuencia fué igual a diez, obteni- da en una de las sesiones de la fase 1 y en la sesión correspon-- diente a la fase 4. Por último la categoría H, donde se mostró -- una frecuencia igual a cuarenta y dos, distribuída en 2 sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 4, 5, 7, y 8.

La paciente 4, en las categorías A y E, mostró una frecuen-- cia igual a uno en la sesión de la fase 5 y en una de las sesio-- nes de la fase 1 respectivamente. En la categoría C, ésta mostró una frecuencia de cinco, en una de las sesiones de las fases 2, 3, y 5 (una sesión para cada fase). Para la categoría D, hubo una -- frecuencia de seis obtenida en las sesiones correspondientes a -- las fases 2, y 4 respectivamente. En la categoría G, esta pacien- te mostró una frecuencia igual a treinta y ocho distribuída en 3 de las 6 sesiones correspondientes a la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, y 4. Para la categoría H, se - dió una frecuencia de ochenta y ocho la cual se mostró a lo largo de 4 sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a -

las fases 2, 3, 4, 5, 6, 7 y en una de las dos sesiones que conformaban la fase 8.

La paciente 5, mostró una frecuencia igual a cero en la categoría E a lo largo de las 14 sesiones de evaluación que le correspondieron. En la categoría A, mostró una frecuencia de doce que se presentó en una de las sesiones de la fase 1 (5 en total) y en las sesiones de las fases 2, 7, y en una de las sesiones de la fase 8 (3 en total). Para la categoría C, la frecuencia mostrada -- fué de tres obtenida en las sesiones de las fases 2 y 7 (sesión por fase). La categoría D, mostró una frecuencia igual a cinco, -- la cual se dió en las sesiones correspondientes a las fases 2, 6, y 7. Para la categoría F, la paciente mostró una frecuencia de sesenta y uno distribuida en dos sesiones de las correspondientes a la fase 1, en una sesión de las correspondientes a la fase 8 y en las sesiones de las fases 2, 3, y 7. Categoría G, mostró una frecuencia igual a cinco en una de las sesiones correspondientes a la fase 1 (línea base) y en la sesión de la fase 2. Por último en la categoría H, tuvo una frecuencia de ciento quince distribuida en dos sesiones de las correspondientes a la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 3, y 7, y en las tres sesiones de la fase 8 -- (pos-evaluación).

La paciente 6, en la categoría A, mostró una frecuencia igual a cinco distribuida en una de las sesiones de la fase 1 (5 sesiones en total), en la sesión de la fase 5, y en las dos sesiones que formaban la fase 8 en este caso. En la categoría C, tuvo una frecuencia de dos la cual se presentó en la sesión de la fase 6. La categoría D, tuvo una frecuencia nueve en una sesión de la fase 1 y en las sesiones de las fases 2, 3, y 5 (sesión por fase) Para la categoría F, hubo una frecuencia de veintiuno que se distribuyó en cuatro de las sesiones de la fase 1, en una de las -- dos sesiones de la fase 8 y en las sesiones de las fases 2, 3, 4, y 7. Para la categoría G, hubo una frecuencia igual a diez y nue-

ve que se presentó en 3 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones de las fases 2, 3, y 6. Por último la categoría H, mostró una frecuencia de ciento setenta y seis distribuida en 4 sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 5, 6, y 7 (sesión - por fase), y en una sesión de la fase 8.

CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- La paciente 1, mostró para la categoría I (manipulación de objetos) una frecuencia de doscientos veintiseis, la cual se presentó en las 6 sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, 4, 5, 6, y 8 - (sesión por fase). La categoría J (autoestimulación), mostró una frecuencia de nueve que se dió en dos de las sesiones de la fase 1, y en la sesión correspondiente a la fase 8. En la categoría K (aislamiento), hubo una frecuencia de cuarenta y ocho que se presentó en 5 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, y 4. Categoría L (exploración visual), se presentó con una frecuencia de sesenta y ocho, la cual se dió en 4 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones que corresponden a las fases 2, 3, 4, 5, y 8. Categoría M (verbalización autista), tuvo una frecuencia de tres que se dió en la sesión de la fase 3. Para la categoría N (risa autista), hubo una frecuencia de cero a lo largo de las trece sesiones de evaluación. Por último - en la categoría O (juego paralelo), mostró una frecuencia de ciento noventa, la cual se distribuyó en 3 de las sesiones correspondientes a la fase 1, y en las sesiones de las fases 2, 3, 4, 5, 6, y 8.

La paciente 2, en la categoría I mostró una frecuencia de cincuenta y cuatro la cual se presentó en 4 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, 4, 5, y 7. En la categoría J, hubo una frecuencia de veinticinco que se presentó en una de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 5, 7, y 8. En la categoría K, hubo una frecuencia de doscientos diez, distribuida en las 6 sesiones -

de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, 4, 7, y 8. Para la categoría L, mostró una frecuencia de ciento setenta, que se dió en las 6 sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, 5, 7, y 8. La categoría M, mostró una frecuencia igual a uno que se dió en una sesión de la fase 1. En la categoría N, hubo una frecuencia de veintidos -- que se presentó en la sesión de la fase 7. Por último, para la categoría O, hubo una frecuencia de cincuenta y siete distribuida en 4 de las sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 3, 5, 7, y 8.

La paciente 3, mostró en la categoría I una frecuencia de sesenta y uno distribuida en 1 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 4, 5, 7, y 8 (1 sesión para cada fase). En la categoría J, se presentó una frecuencia igual a seis, la cual se dió en una de las sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 5 y 6. En la categoría K, se mostró una frecuencia de ciento treinta y ocho, distribuidas en dos de las sesiones correspondientes a la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 4, 5, 6, y 8. Para la categoría L, hubo una frecuencia de ciento veinticinco -- que se dió en 2 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 4, 5, 6, 7, y 8. La categoría M, presentó una frecuencia igual a cero en las trece sesiones de evaluación. La categoría N, tuvo una frecuencia de uno en la sesión de la fase 6. Por último, para la categoría O, mostró una frecuencia de ochenta y tres la cual se distribuyó en 1 de las sesiones de la fase 1 y en las sesiones correspondientes a las fases 2, 6, 7, y 8.

La paciente 4, para la categoría I, mostró una frecuencia de ciento veintiocho la cual se distribuyó en las sesiones de la fase 1 (5 en total) y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 4, 5, 6, 7 (sesión por fase), y en las sesiones que formaban

la fase 8. Para la categoría J, tuvo una frecuencia de diez y nueve que se dió en tres de las sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 6 y 7, y en las 2 sesiones de la fase 8. En la categoría K, tuvo una frecuencia de ochenta y cinco la cual se distribuyó en las 5 sesiones de la fase 1 y en las sesiones de las fases 2, 3, 4, 5, 6, 7, y en las 2 sesiones de la fase 8. Para la categoría L, mostró una frecuencia de ciento noventa y nueve distribuída en las 5 sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 3, 4, 5, 6, 7, y en las dos sesiones de la fase 8. Para la categoría M, hubo una frecuencia igual a cero en todas las sesiones de evaluación. Para la categoría N, mostró una frecuencia de dos en la sesión de la fase 6 y en una de las sesiones de la fase 8. Finalmente para la categoría O, hubo una frecuencia de noventa y seis que se distribuyó en 4 de las sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 3, 4, 5, 6, 7, y en las dos sesiones de la fase 8.

La paciente 5, para la categoría I, mostró una frecuencia de ciento treinta y siete que se dió en una de las sesiones de la fase 1 (5 en total), en las sesiones de las fases 2, 3, 6, 7 (1 sesión por fase) y en una de las sesiones de la fase 8 (3 en total). En la categoría J, mostró una frecuencia de cinco que se dió en una de las sesiones de la fase 1. Para la categoría K, hubo una frecuencia de setenta y cuatro que se distribuyó en 2 de las sesiones de la fase 1, y en las sesiones correspondientes a las fases 3, 5, y 7. En la categoría L, hubo una frecuencia de cinco que se dió en dos de las sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 3, 5, 7, y en las dos sesiones de la fase 8. La categoría M, tuvo una frecuencia de cero a lo largo de todas las sesiones. La categoría N, mostró una frecuencia de uno que se presentó en la sesión de la fase 6. Por último la categoría O, tuvo una frecuencia igual a ciento veintidos la cual se distribuyó en 3 de las sesiones correspondientes a la fase 1, en las fases 2, 3,

6, (sesión por fase), y en dos de las 3 sesiones de la fase 8.

La paciente 6, mostró en la categoría I, una frecuencia de ciento diez y ocho que se distribuyó en 4 sesiones de la fase 1 - (5 en total), en las sesiones de las fases 3, 5, 6, 7, (sesión -- por fase), y en dos sesiones de la fase 8 (2 sesiones en total).-- La categoría J, presentó una frecuencia igual a veintiuno que se dió en tres de las sesiones de la fase 1, y en una de las sesiones de la fase 8. La categoría K, mostró una frecuencia de noventa y ocho la cual se distribuyó en 4 de las sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 3, 6, 7 (sesión por fase) y en -- las 2 sesiones de la fase 8. Para la categoría L, hubo una fre-- cuencia de noventa y ocho que se dió en 4 de las sesiones correspondientes a la fase 1, en las sesiones de las fases 3, 5, 6, 7 y en las 2 sesiones de la fase 8. En la categoría M, hubo una fre-- cuencia de cuatro que se dió en una de las dos sesiones de la fase 8. La categoría N, mostró una frecuencia de cincuenta y uno -- que se distribuyó en una de las sesiones de la fase 1, en las sesiones de las fases 2, 5, 6, y en las 2 sesiones de la fase 8. Finalmente la categoría O, mostró una frecuencia de sesenta y siete en 3 de las sesiones de la fase 1, en las sesiones correspondientes a las fases 3, 5, 6, 7 y en las 2 sesiones de la fase 8.

En general con respecto a las gráficas anteriormente descritas encontramos que:

1.- Para la fase 1, todas las pacientes empezaron con un repertorio (tanto en interactivas como en no-interactivas) mayor de 3 categorías. Este repertorio se fué haciendo más limitado (a 3 categorías como máximo) en las fases subsecuentes, habiendo sido más frecuente en las categorías interactivas.

2.- A nivel general todas las pacientes y en todas las fases, las categorías H, F, y G (conversación, sonreír, y juego cooperativo -- respectivamente) fueron las más frecuentes en las interactivas, y en las no-interactivas, las más frecuentes fueron las categorías

I, O, y K (manipulación de objetos, juego paralelo, y aislamiento) respectivamente.

GRAFICAS DE LAS PACIENTES NO-INCLUIDAS

En esta sección se describen las gráficas de frecuencia obtenida por las pacientes no-incluidas. Estas gráficas representan el cómputo total de frecuencia obtenida en cada sesión de evaluación, dicho cómputo se representa en forma de barra para cada categoría de conducta que a su vez se dividen en dos, interactivas y no-activas. Aquí se analizan primero las interactivas por paciente. (en este caso cada paciente está representada por una letra minúscula).

CATEGORIAS INTERACTIVAS.- La paciente (a) mostró una frecuencia igual a cero en la categoría B (agresión) y en la categoría E (interrumpir) a lo largo de las once sesiones de evaluación. La categoría A (contacto físico), para la paciente (a), sólo apareció una vez con frecuencia igual a 1 en una sesión correspondiente al programa de línea base del programa de entrenamiento. La categoría C (dar instrucciones) apareció en cuatro de las once sesiones con una frecuencia total de 8, dos de estas sesiones correspondientes al período de línea base, las otras pertenecientes a las fases 3 y 7. La categoría E (aceptar instrucciones) apareció en tres de las fases correspondientes al período de línea base alcanzando una frecuencia igual a 13 y no se volvió a presentar en fases posteriores. La categoría F (sonreír) apareció en ocho sesiones del total de once con una frecuencia global de 37, tres de las sesiones pertenecían al período de línea base, otras cuatro a las fases 3, 4, 6 y 7 y una más a la fase 8. La categoría G (juego cooperativo) se presentó en 5 sesiones, cuatro pertenecientes al período de línea base y una a la fase 7, alcanzando una suma total igual a 24. La categoría H (conversación) se presentó en nueve sesiones, cuatro de las cuales pertenecían al período de línea base, cuatro más a las fases 3, 4, 6 y 7 y una a la fase 9 y última alcanzando una suma total de 88.

Paciente (b) de la misma manera que en la paciente anterior, las categorías B y E no se presentaron en ninguna de las once sesiones de evaluación. Para esta paciente la categoría A se presentó una sola vez en la primera sesión de evaluación, perteneciente a la línea base con una frecuencia igual a 1. La categoría C se presentó en dos sesiones del período de línea base con una frecuencia de 4 y no volvió a presentarse en los períodos consecutivos. La categoría D se presentó en 2 sesiones de línea base y una sesión correspondiente a la fase 3, alcanzando una frecuencia total a 9. La categoría F se presentó en las 5 sesiones del período de línea base con una suma igual a 26, también se presentó durante las fases 3, 7 y 8 con una suma igual a 16, lo que nos dió una suma total de 42. La categoría G se presentó en 3 sesiones de la línea base, alcanzando una frecuencia de 19 y en las fases posteriores no se presentó. La categoría H se presentó en todas las sesiones de línea base con una frecuencia de 48 y en las fases 3, 5, 6, 7 y 8 con una suma de frecuencias igual a 47, lo que dió una suma total de 95.

La paciente (c) al igual que las pacientes anteriores tuvo una notoria carencia de la categoría B a lo largo de las 12 sesiones de evaluación. La categoría A se presentó en la sesión 1 correspondiente al período de línea base y en la fase 7, alcanzando una frecuencia total de 6. La categoría C sólo se presentó en la primera sesión de línea base con una frecuencia de 4 y no volvió a presentarse en las sesiones posteriores. La categoría D se presentó en dos sesiones de la línea base con una frecuencia de 11, para volverse a presentar en la fase 4 con una frecuencia de 6 cuya suma da un total de 17. La categoría E apareció sólo en la última fase con una frecuencia igual a 1. La categoría F obtuvo una frecuencia de 5 en 2 sesiones de línea base, también en las fases 3, 4, 6, 7 y 8, con una suma de frecuencias de 27. Todo esto nos dió una suma igual a 32. La categoría G se observó

en cuatro sesiones de línea base con una suma igual a 17, para posteriormente sólo presentarse en la fase 7 con una frecuencia de 3, por lo tanto la frecuencia total es de 20. La categoría H se presentó en once sesiones de evaluación, con frecuencias de 22 para la línea base en 5 sesiones y en las fases 3, 4, 5, 6, 7 y 8 dando una suma de 43 y una frecuencia total de 65.

Para la paciente (d) las categorías B, C y E no se presentaron en ninguna de las 13 sesiones de evaluación. La categoría A sólo se presentó en dos sesiones de la fase 8 con una frecuencia igual a 9. La categoría D aparece en dos sesiones de línea base con una frecuencia igual a 2, se presentó también en las fases 2, 3, 7 y 8 con una frecuencia de 16, dando un total de 19. La categoría F se presentó en dos sesiones de la primera fase con una frecuencia de 17, en la fase 2 se presentó en una sola sesión con frecuencia de 2, posteriormente se presentó en las fases 3 y 5 sumando 7 y finalmente se presentó en dos sesiones de la fase 8 que sumadas dan una frecuencia igual a 29. La suma total de frecuencias obtenidas en las diferentes fases dan un total de 55. La categoría G se dió con una frecuencia de 17 en dos sesiones de la primera fase, después sólo se presentó en una sesión de la fase 7 con un total de 10 y finalmente se apareció en una sesión de la fase 8 con una frecuencia de 3, lo que dió una suma total de 30. La categoría H se dió en cuatro sesiones de la primera fase con una suma de 8, en la fase 2 se dió una vez con frecuencia de 1, en las fases 3 y 7 se dió con una suma de frecuencias igual a 3 y posteriormente en la última fase se obtuvo una suma de frecuencias igual a 6 en dos sesiones, lo que dió un total de 18 incluyendo todas las fases.

La paciente (e) no mostró frecuencia alguna en las categorías A, B y E a lo largo de todas las sesiones de evaluación. Las categorías C y D se presentaron en una sola sesión, la primera durante la fase 1 con una frecuencia igual a 2 y la segunda en la 6

con una frecuencia también de 2. La categoría F se presentó en -- una sola sesión de la primera fase con frecuencia de 2, en la fase dos tuvo una frecuencia de 7 en una sola sesión. En las fases 3 y 4 obtuvo una suma de frecuencias igual a 4, el resultado de la suma total es igual a 17. La categoría G se dió en tres sesiones de la primera fase con una suma de frecuencias igual a 19. En la fase 2 hubo una frecuencia de 5 en una sola sesión y ya no se presentó en fases posteriores, lo cual dió una frecuencia total de 24 en esta categoría. La categoría H tuvo una frecuencia de 13 en tres sesiones de la primera fase, en la fase 2 alcanzó una frecuencia de 38 en una sola sesión, en las fases 3, 4, 5, 6 y 7 se dieron frecuencias que suman 22 y finalmente en la fase 8 la categoría H tuvo una frecuencia de 19 en dos sesiones que sumado al puntaje anterior da como resultado una frecuencia total de 92.

La paciente (f) las categorías B y E no se presentaron en -- ninguna sesión. La categoría A se presentó sólo en la última fase con una frecuencia igual a 1. La categoría C se presentó en dos sesiones de la primera fase con frecuencia de 2 y posteriormente dejó de presentarse. La categoría D se presentó en una sesión de la fase 2 y en una sesión de las fases 3, 4 y 6 con frecuencias de 2, 3, 1 y 1, respectivamente, dando una suma total de 7. La categoría E se presentó en 3 sesiones de la fase 1 con una frecuencia total de 13, en la fase 2 se presentó con una frecuencia de 1. También se presentó en las fases 3, 4, 6 y 7 con una suma igual a 13 y en la última fase tuvo una frecuencia de 2 en una sola sesión, dándonos una frecuencia total igual a 29. La categoría G se presentó en cuatro sesiones de la primera fase, que juntas dieron una frecuencia de 5, en la fase 2 hubo una frecuencia de 4 en una sola sesión. La suma de frecuencias de las fases 3 y 4 dió un total de 25 y finalmente la categoría G vuelve a presentarse en la última fase con una frecuencia de 2 en dos sesiones, lo que suma-

do a las demás fases nos dió un total de 36. La categoría H se -- presentó en las 5 sesiones de la fase inicial con una suma de fre -- cuencias igual a 69. En la fase 2 alcanzó una frecuencia de 16 en una sola sesión. La suma de las frecuencias de las fases 3, 4, 6 y 7 fué igual a 52 y finalmente en la fase 8 hubo una frecuencia total de 9 en dos sesiones, que sumados a las fases anteriores -- dan un total de 146.

Para la paciente (g) las categorías A, B y E no se presenta -- ron en ninguna sesión. La categoría C se presentó en las fases 2, 3 y 4 con frecuencias de 9, 10 y 1, respectivamente dando un to -- tal de 20. La categoría D se presentó en una sola sesión de la fa -- se 1 con una frecuencia igual a 2, también se presentó en la fase 2 con una frecuencia de 2, dando un total de 4. La categoría F se dió en tres sesiones de la fase 1, dando una suma de 6, también -- se presentó en las fases 2, 3, 4, 5, 6 y 7 con frecuencias de 1, 1, 3, 1, 1 y 3 dando un total de 10. La categoría G se dió en dos sesiones de la primera fase con una suma igual a 5, también se -- dió en las fases 3, 4 y 8 con frecuencias de 12, 18 y 1, en la fa -- se 2 con una frecuencia de 12, sumando un total de 48. La catego -- ría H se dió en tres sesiones de la primera fase con un total de 27. En la fase 2 tuvo una frecuencia de 16, en las fases 3, 4, 5, 7 y 8 tuvo frecuencias de 8, 24, 5, 6, 4 y 1, dando una suma to -- tal de 91.

En general estos resultados nos mostraron que las categorías interactivas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: H (- conversación), G (juego cooperativo) y F (sonreír), la primera de las cuales se presentó con mayores frecuencias en las pacientes -- b, e, f y g, la primera del grupo dos, la siguiente del grupo --- tres y las dos últimas del grupo cuatro. En la categoría G las pa -- cientes que obtuvieron las frecuencias mayores fueron: d, e, f y g. En la categoría F los pacientes que predominaron con los valores de frecuencia más altos fueron: a, b, c y d.

CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- Paciente (a) en esta paciente la única categoría que no se presentó en ninguna sesión fué M (habla autista). La categoría I (manipulación de objetos) alcanzó una frecuencia de 49 en cuatro sesiones de la primera fase, se presentó también en las fases 3, 4, 6 y 8 con frecuencias de 43, 40, 39 y 29, respectivamente, lo que nos dió un total de 200. La categoría J (autoestimulación) sólo se presentó en una sesión de la primera fase con frecuencia igual a 1 y en una sesión de la fase 7 con frecuencia de 4, lo que nos da un total de 5. La categoría K (aiglamiento) se presentó en tres sesiones de la línea base con una suma de frecuencias igual a 17 para volverse a presentar en las fases 7 y 8 con frecuencias de 9 y 2, todo esto nos dió una frecuencia total de 28. La categoría L (exploración visual) se presentó en cuatro sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a 28, después se presentó en las fases 3, 7 y 8 con frecuencias igual a 3, 21 y 11, que sumadas al resultado anterior nos dan un total de 63. La categoría N (risa autista) sólo se presentó en las fases 3, 4 y 6 con frecuencias de 5, 1 y 1 que nos dan un total de 7. La categoría O (juego paralelo) se dió en cuatro sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a 54. También se presentó en las fases 3, 4, 6 y 8 con frecuencias de 38, 39, 32 y 21, respectivamente, sumando un total de 184.

Paciente (b).- La categoría I para esta paciente se dió en tres sesiones de la fase 1 con una frecuencia acumulada de 27, también se dió en las siguientes fases excluyendo la 2 y la 4, con frecuencias de 42 en la fase 3, 45 en la 5, 38 en la 6, 19 en la 7 y 19 en la 8, lo que sumado da un total de 190. La categoría J se dió en cuatro sesiones de la fase 1 con una frecuencia de 81 para volverse a presentar en las fases 6, 7 y 8 con frecuencias de 1, 14 y 19, lo que sumado nos dió un total de 115. La categoría K se dió en las cinco sesiones de la primera fase con una suma de frecuencias igual a 39, posteriormente la categoría K se --

dió en la fase 7 con frecuencia de 3, dándonos un total de 42. La categoría L se presentó con una frecuencia total de 43 en cinco sesiones de la primera fase, posteriormente se presentó en las fases 5, 6, 7 y 8 con frecuencias de 1, 2, 9 y 18, lo que suma un total de 73. La categoría M no se presentó en ninguna sesión. La categoría N se presentó en las fases 5, 6 y 7 con frecuencias de 1, 1 y 2 dando un total de 4. La categoría O se presentó en dos sesiones de la primera fase sumando un total de frecuencias igual a 19, también se presentó en las fases 3, 5, 6, 7 y 8 con frecuencias iguales a 41, 37, 31, 12 y 9, lo que dió una suma de frecuencias igual a 149.

Para la paciente (c) la categoría M no se presentó en ninguna sesión. La categoría I estuvo presente en cuatro sesiones de la primera fase dando una suma de frecuencias igual a 40, también se presentó en las fases 3, 4, 5, 6, 7 y 8 con frecuencias de 37, 27, 44, 25, 37 y 8 lo que da una suma total de frecuencias para la categoría I igual a 218. La categoría J sólo se dió en las fases 3 y 7 con frecuencias de 2 y 1 respectivamente, lo que da un total de 3. La categoría K se presentó en las cinco sesiones de la fase 1 con una frecuencia de 60, también se presentó en la fase 3 con una frecuencia de 2, lo que nos dió un total de 62. La categoría L se presentó en las cinco sesiones de la línea base de las cuales la suma de frecuencias es igual a 82, también se dió en las fases de la 3 a la 8 con frecuencias de 1 en la 3, 19 en la 4, 5 en la 5, 24 en la 6, 5 en la 7 y 32 en la 8 y la suma de todas ellas es igual a 177. La categoría N se presentó en una sesión de la fase 1 con una frecuencia de 1 y en las fases 6 y 8 con frecuencias de 3 y 2, arrojando un total de 6. La categoría O se observó en tres sesiones de la primera fase con una suma de frecuencias igual a 46, en las fases 3, 4, 5, 6, 7 y 8 se dió con frecuencias de 35, 23, 37, 8, 17 y 7 sumando un total de 173.

Para la paciente (d) la categoría I se dió con una frecuen--

cia acumulada a lo largo de dos sesiones de un total de 14, en la fase dos tuvo una frecuencia de 10 en dos sesiones, también se -- dió en las fases 3, 6 y 7 con frecuencias de 26, 6 y 12, sumando un total de 68. La categoría J se presentó en tres sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a 8. En la fase 2 tuvo -- una frecuencia de 22 en una sola sesión y en las fases 6 y 7 se -- dió con frecuencias de 35 y 22 lo que sumado nos da como resulta-- do una frecuencia total de 87. La categoría K se presentó en las cinco sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a -- 75, en la fase dos obtuvo una frecuencia de 50 en dos sesiones, -- también se dió en las fases 3 y 6 con frecuencias de 1 y 1, que -- sumadas a las anteriores dan un total de 127. La categoría L se -- presentó con una frecuencia de 59 en cuatro sesiones de la fase 1, en la fase 2 se presentó con una frecuencia de 56 en dos sesiones se presentó también en las fases 3, 5, 6, 7 y 8 con frecuencias -- de 1, 42, 35, 18 y 63 y la suma total nos da una frecuencia de -- 274. La categoría M sólo se dió en la fase 5 con una frecuencia -- de 8 en una sola sesión. La categoría N se dió sólo en la fase 7 con una frecuencia de 2 en una sola sesión. La categoría O se dió en dos sesiones de la primera fase con una frecuencia de 49 entre -- ambas, en la fase 2 alcanzó una frecuencia de 9 en dos sesiones, también se presentó en las fases 3, 6, 7 y 8 con frecuencias de 1, 22, 1, 8 y 7, que sumadas nos dan un total de 97.

La paciente (e) no presentó la categoría M para nada. La categoría I estuvo presente en cuatro sesiones de la primera fase -- con una suma de frecuencias igual a 42, en la fase 2 esta misma -- categoría se presentó con una frecuencia de 10 en una sola sesión, presentándose también en las fases 3, 4, 6, 7 y 8 con frecuencias de 21, 22, 24, 12 y 53, esta última cifra obtenida en dos sesio-- nes, todas las demás en una, lo que dió una frecuencia total de -- 184. La categoría J apareció en dos sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a 2, en las fases 4, 6, 7 y 8 apareció

con frecuencias de 3, 6, 4 y 2 dando un total de 17. La categoría K se observó en tres sesiones con una suma de frecuencias igual a 56, pertenecientes a la fase 1, en la fase 2 se presentó con una frecuencia de 13 en una sola sesión, se observó también en las fases 3, 4, 6, 7 y 8 con frecuencias de 3, 1, 4, 16 y 13, que sumadas nos dan un total de 106. La categoría L se observó en dos sesiones de la fase 1 con una frecuencia de 43 entre ambas, en la fase 2 obtuvo una frecuencia de 19 en una sola sesión, se presentó también en las fases 3, 4, 5, 6, 7 y 8 con frecuencias de 15, 22, 1. 15. 19 y 18, esta última cifra fué obtenida en dos sesiones, las demás en una sola dando como resultado una frecuencia total de 152. La categoría M sólo se presentó en las fases 7 y 8 con frecuencias de 1 y 1. La categoría O se observó en la fase 1 con una frecuencia de 59 en cuatro sesiones, en la fase 2 tuvo una frecuencia de 10 en una sola sesión, posteriormente en las fases 3, 4, 5, 6, 7 y 8 obtuvo frecuencias de 18, 18, 9, 17, 6 y 36, el último dato fué obtenido en dos sesiones, los otros sólo en una, sumándolas nos dan una frecuencia total de 173.

La paciente (f) obtuvo en la fase 1 una frecuencia de 35 en la categoría I a lo largo de cinco sesiones, en la fase 2 esta categoría sólo se presentó una vez y en las fases 3, 4 y 8 también, lo que dió una frecuencia total de 58. La categoría J se observó en la fase 1 con una frecuencia de 55 en cinco sesiones, en la fase 2 obtuvo una frecuencia de 13 en una sola sesión, también se presentó en las fases 3, 4, 6, 7 y 8 con frecuencias de 35, 30, 40, 41 y 18, esta última cantidad en dos sesiones, todas las demás en una sola, que sumadas nos dan un total de 232. La categoría K se observó también en la fase 1 con una frecuencia de 58 a lo largo de cinco sesiones, en la fase 2 obtuvo una frecuencia de 19 en una sesión, en las fases 3, 4, 7 y 8 se dió con frecuencias de 4, 5, 7 y 1, c/u en una sola sesión, dando una frecuencia total de 94. La categoría L se presentó en la fase 1 con frecuencia

de 34 en cinco sesiones, en la fase 2 se observó en una sola sesión con frecuencia de 14, en las fases 3, 6, 7 y 8 se dió con - frecuencias de 9, 31, 22 y 53, esta última obtenida en dos sesiones, las demás en una. Todas ellas nos dan una frecuencia total de 163. La categoría M se observó en las fases 3 y 4 con frecuencias iguales a 4 y 17, respectivamente, lo que suma una frecuencia de 21. La categoría N se observó en dos sesiones de la fase 1 con una frecuencia de 8 entre ambas, se dió también en las fases 4 y 6 con frecuencias de 2 y 1, que sumadas a la cantidad anterior nos dan una frecuencia total de 11. La categoría O se presentó en la fase 1 con una frecuencia de 48 en 4 sesiones, para volverse a presentar en la fase 8 con una frecuencia de 8 en una sola sesión, dando un total de 56.

Para la paciente (g) hubo una ausencia de presentación en las categorías M y N a lo largo de todas las sesiones de evaluación. La categoría I se observó en la fase 1 con una frecuencia de 33 en cuatro sesiones, en la fase 2 no se presentó; pero apareció en las fases de la 3 a la 8 con frecuencias de 1 en la 3, 4 en la 4, 32 en la 5, 21 en la 6, 26 en la 7 y 17 en la 8, que sumadas nos dan un total de 134. La categoría J se presentó en la fase 1 con una frecuencia de 38 en cuatro sesiones, en la fase dos obtuvo una frecuencia de 18 en una sesión, en las fases 3, 4, 6, 7 y 8 obtuvo frecuencias de 15, 15, 1, 7 y 6 en una sesión c/u, que sumadas nos dan una frecuencia total de 100. La categoría K se presentó en la fase 1 con una frecuencia de 82 en 4 sesiones, en la fase 2 se presentó 17 veces en una sola sesión, en las fases 3, 4, 6 y 7 obtuvo frecuencias iguales a 21, 8, 6 y 6 en una sesión c/u de ellas, sumando un total de 140. La categoría L estuvo presente en 4 sesiones de la fase 1 con una suma de frecuencias igual a 42, en la fase 2 se presentó 4 veces, en las fases de la 3 a la se presentó con frecuencias de 9 en la 3, 4 -

IZT. 1000292



en la 4, 3 en la 5, 14 en la 6, 11 en la 7 y 10 en la 8, dando un total de 159. La categoría 0 estuvo presente en la fase 1 con una frecuencia de 24 en cuatro sesiones para volverse a presentar hasta las fases 4, 5, 6, 7 y 8 con frecuencias de 1, 29, 20, 25 y 16 en una sesión c/u de ellas, cuya suma dió una frecuencia total de 115.

En general las categorías no-interactivas que se presentaron con mayores frecuencias fueron: I (manipulación de objetos), O (juego paralelo) y L (exploración visual), la primera se dió principalmente en las pacientes b, c y e. La categoría O se dió en las pacientes a, b y e y la categoría L se presentó en las pacientes c, d y f, principalmente.

TABLA 1-1

Esta tabla representa las medias ponderadas de categorías interactivas en 8 fases, cada una corresponde a una condición diferente del programa de modificación, mismo que nos sirvió de apoyo para realizar esta evaluación colateral. El análisis visual de esta tabla nos permitió hacer comparaciones de la ejecución de cada uno de los grupos en categorías interactivas en relación con las diferentes fases.

CATEGORIA A (contacto físico).— En el grupo y fase 1 se presentó con un valor de 0.42 y en el resto de las fases no se presentó esta categoría. En el grupo dos obtuvo una media de 4 en la fase 7 y en la fase 1 se presentó la media más baja con un valor de 1.33, en el resto de las fases no se presentó esta categoría.— Para el grupo tres las medias más altas son en la fase 7 y 3 con valores de 3 y 4.8; en las fases 1, 2 y 3 las medias van de 1.2 a 0.75 y en el resto de las fases no se presentó esta categoría. En el grupo cuatro las medias ponderadas más altas van de 2 a 1 en las fases 1, 5 y 8; en el resto de las fases no se presentó la categoría.

CATEGORIA C (dar instrucciones).— Grupo uno la media más alta fué en la fase 1 con un valor de 12.2, en las fases 3 y 4 se obtuvieron las medias más bajas con valores de 1.3 y 1.75, en el resto de las fases no se presentó la categoría. En el grupo dos la media más alta fué en la fase 1 con un valor de 4.4, en las fases 3 y 7 las medias fueron de 1 y 2, respectivamente, en el resto de las fases no se presentó esta categoría. En el grupo tres el valor más alto fué de 6.6 en la fase 3, en las fases 1, 2 y 4 las medias varían de 2 a 2.2 y en el resto de las fases no se presentó. En el grupo cuatro las medias más altas se presentaron en las fases 2 y 3 con valores de 5 y 5.5 respectivamente, en el resto de las fases no se presentó.

CATEGORIA D (recibir instrucciones).- En el grupo uno, fase 1 se obtuvo una media de 6.2, en las fases 3 y 4 se presentó esta categoría con valores de 1.3 y 1.75 respectivamente, en el resto de las fases no se presentó. En el grupo dos las medias más altas se presentaron en las fases 1 y 4 con valores de 11 y 6 respectivamente, la media más baja se presentó en la fase 1 con un valor de 1 y en el resto de las fases no se presentó. En el grupo tres las medias son de 2.3 y 2 en las fases 3 y 7 y las más bajas en las fases 1 y 6 con valores de 0.58 y 0.5, en el resto de las fases no se presentó. En el grupo cuatro las medias más altas fueron en las fases 2 y 3 con valores de 3.25 y 2.33 y las más bajas en las fases 7 y 8, con un valor de cero, en el resto de las fases los valores van de 1 a 1.5.

CATEGORIA E (interrumpir).- En el grupo uno esta categoría sólo se presentó en la última fase con una media de 0.25. En el grupo dos también se presentó en la última fase con una media igual a 1. En el grupo tres se presentó en la fase 7 con una media de 0.25 y en el grupo cuatro esta categoría no se presentó.

CATEGORIA F (sonreír).- En el grupo uno se presentó la media más alta de 12.1 en la fase 1 y las más bajas en las fases 6 y 7 con valores de 0.25 y 0.33, en el resto de las fases las medias van de 1 a 2.25. En el grupo dos la media más alta se presentó en la fase 1 con un valor de 7.3, en las fases 2 y 5 el valor fué de cero y en las fases 4 y 6 se obtuvieron medias de 3.33 y 1 respectivamente. En el grupo tres se obtuvieron las medias más altas en las fases 1 y 2 con valores de 12.3 y 7.75 respectivamente, sumadas a la fase 3 que obtuvo un valor todavía más alto de 13 y las medias más bajas fueron en las fases 5 y 6 con valores de 0.66 y 0.25 respectivamente. En el grupo cuatro la media más alta es de 6.69 en la fase 1 y el resto de las fases las medias varían de 1.5 a 3.

CATEGORIA G (juego cooperativo).- El grupo uno en la fase 3 obtu

vo su valor más alto de 1.4 y en el resto de las fases los valores fueron de cero. En el grupo dos la media más alta fué de 19.36 en la fase 1, en la fase 7 se obtuvo la media más baja con un valor de 2.5 y en el resto de las fases no se presentó. En el grupo tres se obtuvo una media de 19.6 en la fase 1, en el resto de las fases los valores fueron de cero. En el grupo cuatro las medias más altas van de 18 a 6 en las fases 1, 2, 3, y 4 y en el resto de las fases las medias van de cero a tres.

CATEGORIA H (conversación).- En el grupo uno la media más alta es de 54 en la fase 1 y las medias más bajas son de 1 y 1.6 en las fases 6 y 7, el resto de las fases obtuvieron valores de cero. En el grupo dos la media más alta es de 38.42 en la fase 1 y la más baja fué de cero en la fase 2, de 3.5 en la fase 5 y en el resto de las fases las medias van de 6 a 16. En el grupo tres el valor más alto fué de 54.2 en la fase 3, en la fase 1 la media fué igual a 28 y en la fase 2 fué de 23.5, la media más baja fué de 1.75 y se dió en la fase 6. En el grupo cuatro la media más alta se obtuvo en la fase 1 con un valor de 53.37 y en la fase 8 obtuvo la media más baja con un valor de 4.3 en el resto de las fases no se presentó.

En general los grupos que obtuvieron mayores valores de medias ponderadas en estas categorías fueron el 3 y el 2 y las categorías que se presentaron con mayores frecuencias fueron: H (conversación), G (juego cooperativo) y F (sonreír) y la fase 1 obtuvo los valores mayores, seguida de la fase 8 para todos los grupos.

TABLA 1-B

Esta tabla representa las medias ponderadas de las categorías no-interactivas en 8 fases, cada una de las cuales corresponde a una condición diferente del programa de modificación mismo, que nos sirvió de apoyo para realizar la evaluación de colaterales. El análisis visual de esta tabla nos permitió hacer comparaciones de la ejecución de cada uno de los grupos en categorías no-interactivas, en relación con las diferentes fases.

CATEGORIA I (manipulación de objetos).- El grupo uno muestra un promedio mayor en las fases 1 y 6, con puntajes de 44.9 y 34.5 respectivamente, en las fases 4 y 2 se presentaron las medias más bajas con puntajes de 5.75 y 10. En el grupo dos el puntaje más alto fué en la fase 3 con una media de 40.66 seguida por la fase 1 con valor de 39.72, las medias más bajas se presentaron en las fases 7 y 8 con valores de 22 y 18.66, en el resto de las fases no se presentó la categoría. En el grupo tres las medias más bajas fueron en las fases 5 y 6 con valores de 11 y 1.75 respectivamente y las medias más altas fueron en las fases 8 y 1 con valores de 42.5 y 28 respectivamente. En el grupo cuatro las medias más altas son de 37.83 y 29 en las fases 1 y 5 y las medias más bajas fueron en las fases 2 y 4 con valores de 1 y 5.

CATEGORIA J (autoestimulación).- El grupo uno tuvo las medias más altas en las fases 1 y 7 con valores de 3.8 y 6.6, las medias más bajas fueron en las fases 5, 6 y 8 con valores desde 0.5 hasta 2. En el grupo dos las medias más altas fueron de 65 y 19 en las fases 1 y 8 y las medias más bajas fueron desde 1 hasta 6.33 en las fases 3, 6 y 7. En el grupo tres las medias más altas fueron de 54.2 y 27.7 en las fases 8 y 1, la media más baja se presentó en la fase 2 con un valor de 9.25. En el grupo cuatro las medias más altas fueron de 32.26 y 25 en las fases 1 y 3, las medias más bajas fueron de cero y 12.4 en las fases 5 y 8.

CATEGORIA K (aislamiento).- En el grupo uno las medias más

altas fueron de 65 y 14.6 en las fases 1 y 2 respectivamente, las medias más bajas fueron de 4.3 en la fase 7 y en las demás fases los valores van desde 7 a 11.6. En el grupo dos la media más alta fué de 42 en la fase 1, en las fases 2, 4, 5 y 6 los valores fueron de cero y en el resto de las fases las medias fueron desde 7 a 11.66. En el grupo tres las medias más altas fueron de 10.2 y 7.9 en las fases 7 y 8, en las fases 3, 4 y 6 las medias fueron de cero y en el resto de las fases las medias variaron de 1 a 5.5. En el grupo cuatro las medias más altas se dieron en las fases 1 y 2 con valores de 75.44 y 18.5, las medias más bajas fueron de 1 y 6 en las fases 5 y 6 y en el resto de las fases los valores variaron de 7.33 y 16.6.

CATEGORIA L (exploración visual).- En el grupo uno las medias más altas fueron de 33.4 y 25 en las fases 1 y 4, las medias más bajas fueron de 0.66 y 5 en las fases 2 y 6, en el resto de las fases los valores fueron desde 6.6 hasta 15. En el grupo dos las medias más altas fueron de 52.64 y 20.33 en las fases 1 y 8, las medias más bajas fueron de 0, 2 y 3 en las fases 2, 3 y 5, en el resto de las fases las medias variaron de 9.5 a 13. En el grupo tres las medias más altas fueron de 39.6 y 35.4 en las fases 8 y 1 respectivamente, las medias más bajas fueron de 5.3 y 7.3 en las fases 4 y 5, en el resto de las fases las medias variaron de 11.5 a 18.7. Para el grupo cuatro las medias más altas fueron de 58.55 y 34.28 en las fases 1 y 8, la media más baja fué de 4 en la fase 5 y en las otras fases las medias variaron de 10.5 a 20.

CATEGORIA M (verbalización autista).- En el grupo uno la media más alta fué de 1 en la fase 3, seguida de la fase 7 que tuvo una media igual a 0.33, en el resto de las fases las medias fueron de cero. En el grupo dos esta categoría no se presentó en ninguna fase. En el grupo tres esta categoría sólo se presentó en la fase 6 con una media de 2. En el grupo cuatro la media más alta fué de 17 en la fase 4 y la más baja fué de 4 en las fases 3 y 8,

en el resto de las fases no se presentó.

CATEGORIA N (risa eutista).- En el grupo uno la media más alta se presentó en la fase 7 con valor de 7.3, seguido de las medias 0.57 y 0.53 en las fases 1 y 5, en el resto de las fases no se presentó. En el grupo dos la media más alta fué en la fase 3 - con un valor de 5, en las otras fases las medias van de cero a -- 2.5. En el grupo tres las medias más altas fueron en las fases 3 y 5 con medias de 1.36 y 1.3 respectivamente, en la fase 6 la media fué de 0.25 y en el resto de las fases no se presentó la categoría. En el grupo cuatro la media más alta fué en la fase 3 con una media de 24.33 y en el resto de las fases las medias van desde 0 a 5.66.

CATEGORIA O (juego paralelo).- En el grupo uno las medias -- más altas fueron de 32.2, 21.5 y 21.3 en las fases 1, 6 y 7, la media más baja fué de 1 en la fase 4 y en el resto de las fases - las medias fueron de 10 a 19. En el grupo dos las medias más altas fueron de 43.22, 38 y 37 en las fases 1, 3 y 5, los valores más bajos fueron de 0 a 12.3 y en el resto de las fases los valores fueron de 23.66 a 31. En el grupo tres las medias más altas - fueron de 43 y 24 en las fases 1 y 8, las medias más bajas fueron de 2 y 5.5 en las fases 2 y 7 y en el resto de las fases las medias variaron de 16.6 a 21.3. En el grupo cuatro las medias más - altas fueron en las fases 1 y 5 con valores de 31.73 y 20.66, las medias más bajas fueron de 0 y 1 en las fases 2 y 4 y en el resto de las fases las medias variaron de 11 a 13.66.

En general las categorías I (manipulación de objetos), O -- (juego paralelo) y L (exploración visual) alcanzaron los valores más altos de medias ponderadas y los grupos que predominaron con valores más altos en la mayoría de estas categorías fueron el 4 - y el 2, los valores más altos se dieron en las fases 1 y 8.

TABLA 1-C

Esta tabla representa las medias ponderadas (Xp) en cada uno de los grupos para cada una de las categorías tanto interactivas como no-interactivas en 8 fases. El análisis visual de esta tabla nos sirvió para hacer comparaciones de cada uno de los grupos en cada una de las categorías.

CATEGORIA A (contacto físico).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (3.5) y la menor por el grupo uno (.42), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 3.08. - La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (1.95).

CATEGORIA C (dar instrucciones).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (6.28) y la menor por el grupo cuatro (2.75), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 3.53. La segunda Xp más alta fué obtenida por el grupo uno (4.78).

CATEGORIA D (seguir instrucciones).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (6) y la menor por el grupo tres (1.15), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 4.85. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo uno (3.08).

CATEGORIA E (interrumpir).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (1) y la menor por el grupo cuatro (0), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 1.1.

CATEGORIA F (sonreír).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (7.15) y la menor por el grupo cuatro (2.71), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 4.4. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (5.15).

CATEGORIA G (juego cooperativo).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (10.93) y la menor fué obtenida por el grupo cuatro (7.27), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 3.66. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (10.03).

CATEGORIA H (conversación) La Xp más alta fué obtenida por -

el grupo tres (20.23), y la menor por el grupo dos (12.39), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 7.84. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo cuatro (16.81)

CATEGORIA I (manipulación de objetos).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (33.14) y la menor por el grupo cuatro (15.33), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 15.81. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (22.34).

CATEGORIA J (autoestimulación).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo cuatro (19.81) y la menor por el grupo uno (2.39), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 16.97. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo dos (18.66).

CATEGORIA K (aislamiento).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo cuatro (18.1) y la menor por el grupo dos (13), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 5.1. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo uno (16.2).

CATEGORIA L (exploración visual).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo cuatro (20.57) y la menor por el grupo uno (13.89), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 6.68. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (17.6).

CATEGORIA M (verbalización autista).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo cuatro (8.33) y la menor por el grupo dos (0), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 8.33. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo tres (2).

CATEGORIA N (risa autista).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo cuatro (5.28) y la menor por el grupo tres (.94), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de 4.43. La segunda Xp mayor fué obtenida por el grupo uno (2.64).

CATEGORIA O (juego paralelo).- La Xp más alta fué obtenida por el grupo dos (27.88) y la menor por el grupo cuatro (11.29), habiéndose dado de la Xp mayor a la Xp menor, una diferencia de

16.53. La segunda X_p mayor fué obtenida por el grupo uno (19.4).

A nivel general podemos decir:

- 1.- El grupo que obtuvo los valores más altos de X_p en las conductas A, C, E, F, y G, fué el grupo dos (no incluidas). En cuanto a la categoría H, el valor más alto de X_p lo obtuvo el grupo tres - (incluidas no-incluidas con monitor).
- 2.- El grupo que obtuvo los valores más altos de X_p en las conductas J, K, L, y M, fué el grupo cuatro (incluidas no-incluidas). En cuanto a las categorías I y O, los valores más altos de X_p fueron obtenidos por el grupo dos (no incluidas).
- 3.- Los valores más altos de X_p en casi todos los grupos se dieron en las categorías F, G, H, I y O.

TABLA 1-D

Esta tabla representa las medias ponderadas (Xp) en forma global de categorías tanto interactivas como no-activas en cada grupo y por fase (8 fases). El análisis visual de esta tabla nos sirvió para hacer comparaciones de la ejecución de cada uno de los grupos en categorías interactivas y no interactivas en relación a las fases.

Interactivas.- El grupo uno tuvo su Xp más alta en la fase 1 (13), y su Xp más baja se dió en la fase 6 (.17); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor una diferencia de 12.83. El grupo dos tuvo su Xp más alta en la fase 1 (13.11), y su Xp más baja se dió en la fase 2 (0); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 13.11. El grupo tres tuvo su Xp más alta en la fase 1 (9.12), y su Xp más baja en la fase 6 (.35); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 8.87. Por último el grupo cuatro tuvo su Xp más alta en la fase 1 (10.22), y su Xp más baja en la fase 8 (1.45); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 8.77.

No interactivas.- El grupo uno tuvo su Xp más alta en la fase 1 (26.5) y su Xp más baja en la fase 2 (5.03); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 20.57. El grupo dos tuvo su Xp más alta en la fase 1 (34.79), y su Xp más baja en la fase 2 (0); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 34.79. El grupo tres tuvo su Xp más alta en la fase 1 (22.65), y su Xp más baja en la fase 2 (5.37); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 17.28. Finalmente el grupo cuatro tuvo su Xp más alta durante la fase 1 (33.94), y la Xp más baja en la fase 2 (6.87); habiéndose dado de su Xp mayor a su Xp menor, una diferencia de 21.71.

A nivel general podemos citar los siguientes puntos con respecto a esta tabla:

1.- De la fase 1 a la fase 8, todos los grupos tuvieron decremen-

tos significativos tanto en categorías interactivas como en no-interactivas, con excepción del grupo tres, el cual de la fase 1 a la fase 8 tuvo decrementos muy pequeños.

2.- Solamente con la excepción del grupo tres en la fase 2 (interactivas 5.46 y no-interactivas 5.37), y siendo ésta una mínima diferencia, todas las X_p para todos los grupos y en todas las fases fueron mayores en las categorías no interactivas.

3.- Todos los grupos tanto en categorías interactivas como en no-interactivas obtuvieron su valor más alto de X_p durante la fase 1.

4.- Para las categorías interactivas, los grupos uno y tres (donde se encontraban los monitores I y II respectivamente) obtuvieron su valor más bajo durante la fase 6. El grupo dos (pacientes a, b, y c no incluidas) obtuvo dicho valor en la fase 2, y por último - el grupo cuatro (pacientes monitoréadas 5 y 6 y pacientes no incluidas f y g) obtuvo también el valor más bajo en la fase 8.

5.- Para las categorías no interactivas todos los grupos obtuvieron su valor menor de X_p durante la fase 2.

TABLA 2 - A

Esta tabla se llevó a cabo con el fin de analizar la frecuencia íntegra en cada una de las fases (que son 3) para cada paciente en categorías interactivas y no-interactivas. Así tenemos que la monitora I (M-I) mostró un incremento en categorías interactivas cuando pasó de línea base (65) a entrenamiento (138), observándose un decremento en el pos-entrenamiento (70). En esta misma paciente las categorías no-interactivas fueron disminuyendo conforme transcurrieron las fases desde 233 en línea base, 216 en entrenamiento y 77 en pos-entrenamiento. La paciente 1 (incluida en el mismo grupo de M-I) tuvo un decremento muy notorio en categorías interactivas de 133 en línea base a 3 en entrenamiento, incrementando hasta 23 en la última fase. En categorías no-interactivas esta misma paciente tuvo también un decremento muy notorio al pasar de línea base (306) al entrenamiento (46), volviendo a subir en la fase final hasta alcanzar una frecuencia de 126. La paciente 2 (también del grupo de M-I) tuvo un decremento hasta cero en categorías interactivas al pasar de línea base (107) a la fase de entrenamiento (0), volviendo a presentarse en la fase final con una frecuencia de 21, mucho más baja comparada con la línea base. En categorías no-interactivas también se registró un decremento muy notorio en la misma paciente (2) al pasar de línea base (432) al entrenamiento (45), teniendo una pequeña recuperación en la última fase hasta alcanzar una frecuencia de 104. La paciente 3 (del grupo de M-I) obtuvo en categoría interactivas una frecuencia de 50 en línea base, 2 en entrenamiento y 21 en pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas esta misma paciente obtuvo un decremento progresivo conforme transcurrieron las fases de 239 en línea base, 87 en entrenamiento y 79 en pos-entrenamiento.

La paciente monitora II (M-II) incluida en el grupo tres obtuvo un incremento en categorías interactivas al pasar de línea base (125) a entrenamiento (225) bajando otra vez en la fase de pos-entrenamiento a una frecuencia de 175. En categorías no-interactivas esta paciente mostró un incremento progresivo que va -- desde 137 en línea base, 182 en entrenamiento y 221 en la última fase. La paciente 4 incluida en el grupo de M-II obtuvo en categorías interactivas una línea base de 124 con un decremento al -- pasar a la fase de entrenamiento de un valor de cero, recuperándose con una frecuencia de 91 en el pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas esta misma paciente obtuvo frecuencias de -- 142 en línea base, 45 en entrenamiento y 199 en pos-entrenamiento. La paciente 5 incluida en el grupo cuatro (mezclado sin monitor) obtuvo en categorías interactivas una frecuencia de 79 en -- línea base, 0 en entrenamiento y 51 en pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas la paciente 5 obtuvo frecuencias de 364 en línea base, 33 en entrenamiento y 260 en pos-entrenamiento. -- La paciente 6 también incluida en el grupo cuatro mostró un decremento muy notable en categorías interactivas al pasar de la -- línea base (136) al entrenamiento (10), volviendo a incrementar en la fase final hasta alcanzar una frecuencia de 85. En categorías no-interactivas la paciente 6 mostró un decremento bastante significativo al pasar de línea base (145) a entrenamiento (63), incrementando en la fase de pos-entrenamiento hasta alcanzar una frecuencia de 274.

La paciente (a) perteneciente al grupo dos (todas no entrenadas) obtuvo un decremento progresivo en categorías interactivas desde 98 en línea base, 55 en entrenamiento y 17 en pos-entrenamiento. Las categorías no-interactivas para esta paciente -- incrementaron progresivamente de 149 en línea base, 275 en entrenamiento y 338 en pos-entrenamiento. La paciente (b) del grupo -- dos obtuvo un decremento progresivo en categorías interactivas --

de 106 en línea base, 47 en entrenamiento y 17 en pos-entrenamiento. Para categorías no interactivas esta paciente mostró un incremento al pasar de línea base (229) a entrenamiento (309), bajando significativamente en la última fase hasta una frecuencia de 65. La paciente (c) también perteneciente al grupo dos obtuvo frecuencias de 66 en línea base, 79 en entrenamiento y 5 en pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas la paciente (c) obtuvo frecuencias de 239 en línea base, 352 en entrenamiento y 49 en pos-entrenamiento.

La paciente (d) no entrenada pero perteneciente al grupo de M-II tuvo un incremento progresivo en categorías interactivas -- desde 29 en línea base, 31 en entrenamiento y 67 en la última fase. Las categorías no-interactivas para la misma paciente mostraron un incremento progresivo de 117 en línea base, 221 en entrenamiento y 259 en la fase de pos-entrenamiento. La paciente (e) también no-entrenada y perteneciente al grupo de M-II obtuvo frecuencias en categorías interactivas de 22 en línea base, 75 en entrenamiento y 34 en pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas se registró un incremento al pasar de línea base (128) al entrenamiento (248), para mantenerse en la última fase a una frecuencia de 246. La paciente (f) no entrenada y perteneciente al grupo cuatro tuvo un decremento progresivo en categorías interactivas de 112 en línea base, 61 en entrenamiento y 47 en el pos-entrenamiento. En categorías no-interactivas hubo un decremento en la frecuencia al pasar de línea base (285) a entrenamiento (120), para volver a subir en la última fase alcanzando una frecuencia de 230. La paciente (g) no entrenada y perteneciente al grupo cuatro tuvo un decremento gradual en categorías interactivas de 80 en línea base, 77 en entrenamiento y 20 en la última fase. Para categorías no-interactivas se observó un decremento al pasar de línea base (257) al entrenamiento (78), volviendo a incrementar en la fase de pos-entrenamiento hasta alcan

zar una frecuencia de 248.

En forma general estos datos nos proporcionan la siguiente información: Las pacientes que obtuvieron frecuencias mayores en categorías interactivas en la primera fase (línea base) fueron: paciente 1 incluida en el grupo de M-I con una frecuencia de 133, paciente M-I con una frecuencia de 125, paciente 6 perteneciente al grupo cuatro con una frecuencia de 136 y la paciente 4 del grupo tres con una frecuencia de 124, todas ellas incluidas en el programa de modificación (repertorios pre-laborales). En la fase de entrenamiento las pacientes que obtuvieron frecuencias más altas en categorías interactivas fueron: M-II con 225, M-I con 138 y las pacientes (c) y (g) no entrenadas, la primera perteneciente al grupo dos alcanzó una frecuencia de 79 y la paciente (g) perteneciente al grupo cuatro obtuvo una frecuencia de 77. En el pos-entrenamiento las pacientes que obtuvieron frecuencias más altas en categorías interactivas fueron: Monitor II con una frecuencia de 175, la paciente 4 del grupo de M-II con una frecuencia de 91, la paciente 6 de este mismo grupo con una frecuencia de 85 y la M-I que obtuvo una frecuencia de 70.

En categorías no-interactivas las pacientes que obtuvieron frecuencias más altas en línea base fueron: paciente 2 con una frecuencia de 432, paciente 5 del grupo tres con una frecuencia de 364, la paciente 1 con una frecuencia de 306 y las pacientes (f) y (g) del grupo cuatro con frecuencias de 287 y 257, respectivamente. En la fase de entrenamiento las pacientes con frecuencias más altas en categorías no-interactivas fueron: paciente (c) con una frecuencia de 352, paciente (b) con una frecuencia de 209 y la paciente (a) con una frecuencia de 275, todas ellas pertenecientes al grupo dos de no-entrenadas y finalmente la M-I con una frecuencia de 216. En el pos-entrenamiento las pacientes con frecuencias más altas en categorías no-interactivas fueron: paciente (a) del grupo dos con una frecuencia de 338, la pacien-

te 5 con una frecuencia de 260, la paciente (d) con una frecuencia de 259, ambas del grupo tres y finalmente la paciente (g) -- del grupo cuatro con una frecuencia de 248.

El análisis obtenido en esta tabla es mucho más grueso que el extraído con el uso de las medias ponderadas debido a que sólo se dividió en tres fases, sin embargo esto se justifica por el hecho de que se utilizan frecuencias y es necesario sumarlas por fases para obtener una visión general de cada una de ellas, agrupando sus diferentes sesiones. El uso de frecuencias no permite el encubrimiento o la alteración de algún valor porque sólo es la suma de los datos netos. Además la división por fases no es arbitraria tomando en cuenta que para todas las pacientes (entrenadas) hubo una fase de línea base, una de entrenamiento y -- una de pos-entrenamiento dictadas por el programa de modificación al cual se sujetó esta evaluación de conducta colateral social.

TABLA 2 - B

Los datos de esta tabla también nos muestran frecuencias -- acumuladas, pero agrupando todas las categorías interactivas --- arriba y todas las no-interactivas abajo, representando las co-- lumnas a cada uno de los grupos.

Para el grupo uno (todas incluidas con monitor I) las cate-- gorías interactivas alcanzaron una frecuencia igual a 733, mien-- tras que para el grupo dos (todas las pacientes no-entrenadas) - la frecuencia alcanzada fué de 490 y la más pequeña de las que - se registraron entre los grupos, en cambio para el grupo tres -- (pacientes entrenadas y no-entrenadas con monitor II) tuvo una - frecuencia igual a 998 y fué la frecuencia más alta entre los -- grupos, el grupo 4 (entrenadas / no-entrenadas, sin monitor) tu-- vo una frecuencia de 793, muy semejante a la obtenida por el gru-- po uno. En categorías no-interactivas el grupo uno obtuvo la fre-- cuencia más baja de 2080, mientras que el grupo cuatro obtuvo la mayor frecuencia igual a 2531, seguido por el grupo dos que obtu-- vo una frecuencia igual a 2385 y el grupo tres obtuvo una fre--- cuencia de categorías no-interactivas igual a 2146, como podrá - apreciarse a simple vista las categorías no-interactivas predomi-- naron con frecuencias más altas ante las categorías interactivas.

Con esta tabla se realizó además del análisis visual una -- prueba chi-cuadrada (X) cuya hipótesis nula (Ho.) fué la siguien-- te: "EL TIPO DE CONDUCTA ES INDEPENDIENTE DE LOS GRUPOS QUE SE - ESTAN MANEJANDO".

Los resultados de esta prueba son los siguientes:
La chi-cuadrada calculada fué igual a 177.6
y la chi-cuadrada tabulada alcanzó un valor de 11.3 a un nivel * de significancia de 0.01 y grados de libertad igual a 3.
de donde se concluye que como el valor calculado es mayor que el valor tabulado, la Ho. (ipótesis nula) se rechaza y se acepta --

la H₁. (hipótesis alterna) lo cual quiere decir que "EL TIPO DE CONDUCTA NO ES INDEPENDIENTE DE LOS GRUPOS QUE SE ESTAN MANEJANDO".

La fórmula mediante la cual se realizó el cálculo de la --- prueba chi-cuadrada se especifica en otra parte (ver pag. 44).

Se aplicó dicha prueba en esta sección porque era la que --- más se adecuaba a las matrices de los datos obtenidos.

TABLAS 2-C y 2-D

Estas tablas representan las frecuencias totales en categorías interactivas y no-interactivas por grupo y fase (3 fases). El análisis visual de estas tablas sirvió para hacer comparaciones de las frecuencias globales tanto de categorías interactivas como no-interactivas entre los grupos, además se empleó para realizar una prueba chi-cuadrada.

CATEGORIAS INTERACTIVAS.- En la fase de línea base las frecuencias más altas en estas categorías fueron en los grupos cuatro - (407), seguido por el grupo uno (355) y por el tres (300), siendo el grupo dos el que obtuvo una frecuencia menor en este tipo de categorías (270). En la fase de entrenamiento las frecuencias más altas en categorías interactivas fueron para el grupo tres (331), seguido por el dos y cuatro que obtuvieron ambos una frecuencia de 181, siendo el grupo uno el que obtuvo la menor frecuencia (143). En la fase de pos-entrenamiento el grupo que obtuvo la frecuencia más alta de categorías interactivas fué el tres (367) seguido por el cuatro (203) y el uno (135), siendo el grupo dos el que obtuvo la frecuencia menor en este tipo de categorías (39).

CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- En línea base el grupo que tuvo la frecuencia más alta en este tipo de categorías fué el uno (1210) seguido por los grupos cuatro (633) y tres (617), siendo el grupo dos (524) el que obtuvo una frecuencia menor en este tipo de categorías. En el entrenamiento el grupo que tuvo la frecuencia más alta en categorías no-interactivas fué el tres (936), seguido por los grupos dos (696) y uno (394), siendo el grupo cuatro (294) el que tuvo una frecuencia menor en este tipo de categorías. En el pos-entrenamiento la frecuencia más alta fué obtenida por el grupo cuatro (1272), seguido por el grupo dos (925) y

el tres (790), siendo el grupo uno (368) el que tuvo la frecuencia menor en este tipo de categorías.

A nivel general podemos decir que en categorías interactivas el grupo cuatro obtuvo las frecuencias más altas en la fase de línea base, el grupo tres predominó en la fase de entrenamiento y -- también en la fase final. En categorías no-interactivas el grupo -- uno obtuvo las frecuencias más altas en la fase de línea base, --- mientras que en las fases de entrenamiento y pos-entrenamiento pre dominaron los grupos tres y cuatro.

Como se cita en el encabezado de estas tablas, se emplearon -- también para realizar un análisis estadístico, la prueba chi-cua-- drada para muestras pequeñas que en este caso se hizo con la fina-- lidad de saber si los datos dependían entre sí.

Los datos de la tabla 2-C se trabajaron bajo la hipótesis nu-- la (H₀) de que "LAS CATEGORIAS INTERACTIVAS DE LAS DIFERENTES FA-- SES SON INDEPENDIENTES DE LOS GRUPOS QUE SE ESTAN EVALUANDO", se -- rechazó ésta a un nivel de significancia de 0.01 y grados de li-- bertad igual a 6, lo que nos da un valor de: 16.8 que comparado al -- valor de chi-cuadrada calculada (2912) es menor y por lo tanto se -- acepta la hipótesis alterna (H₁) "LAS CONDUCTAS INTERACTIVAS DE -- LAS DIFERENTES FASES SI DEPENDEN DE LOS GRUPOS QUE SE ESTAN EVA--- LUANDO". Por otro lado los datos de la tabla 2-D se trabajaron ba-- jo una hipótesis nula semejante a la de la tabla 2-C la única dife-- rencia es que se trata de categorías no-interactivas. El valor de -- chi-cuadrada tabulada fué de 16.8 a un nivel de significancia de -- 0.01 y grados de libertad igual a 6, siendo dicho valor menor al -- de chi-cuadrada calculada (8707) se rechaza la hipótesis nula y se -- acepta la alterna que en este caso dice lo siguiente: "LAS CATEGO-- RIAS NO-INTERACTIVAS DE LAS DIFERENTES FASES SI DEPENDEN DE LOS -- GRUPOS QUE SE ESTAN EVALUANDO".

TABLA 3 - A

En esta tabla se describen las medias ponderadas obtenidas en las diferentes categorías interactivas con relación a cada uno de los grupos.

Categoría A (contacto físico) el grupo uno tuvo una media de 0.42 en la línea base, en las demás fases esta categoría no apareció. El grupo dos tuvo una media de 1.33 en línea base y 4 en entrenamiento II. El grupo tres tuvo medias de 1.2 en línea base, 0.75 en entrenamiento I, 2 en entrenamiento II y 4.8 en pos-entrenamiento. El grupo cuatro tuvo medias de 2 en línea base, 1 en fase de entrenamiento II y 1.5 en pos-entrenamiento.

En la categoría C (dar instrucciones) el grupo uno tuvo una media de 12.2 en línea base y 1.20 en entrenamiento II. El grupo dos tuvo una media de 4.4 en línea base y 1.5 en entrenamiento II. El grupo tres tuvo medias de 2.2 en línea base, 2 en entrenamiento I y 4.3 en entrenamiento II. El grupo cuatro tuvo medias de 2 en línea base, 5 en entrenamiento I y 2.37 en entrenamiento II.

En la categoría D (aceptar instrucciones) el grupo uno tuvo medias de 6.2 en línea base y 1.52 en entrenamiento II. El grupo dos tuvo medias de 11 en la línea base y 3.5 en entrenamiento II. El grupo tres tuvo medias de 0.58 en línea base, 0.75 en entrenamiento I, 1.6 en entrenamiento II y 0.81 en pos-entrenamiento. El grupo cuatro tuvo medias de 1.5 en línea base, 3.25 en entrenamiento I y 1.45 en entrenamiento II.

En la categoría E (interrumpir) se registraron las medias más bajas en todos los grupos; incluso en el cuatro no se presentó para nada. En el grupo uno sólo se presentó durante el pos-entrenamiento con una media igual a 0.25. En el grupo dos se presentó también en la última fase con una media igual a 1 y en el

grupo tres se presentó en el entrenamiento II con una media de 0.25.

La categoría F (sonreír) se presentó en las cuatro fases -- del grupo uno con una media de 12.1 en la línea base, 2 en entrenamiento I, 1.11 en entrenamiento II y 2.25 en pos-entrenamiento, para el grupo dos las medias fueron de 17.3 en línea base, 4.74 en entrenamiento II y 6.66 en pos-entrenamiento. Para el grupo tres las medias fueron de 12.3 en línea base, 7.75 en entrenamiento I, 2.54 en entrenamiento II y 13 en pos-entrenamiento. Para el grupo cuatro las medias fueron de 6.69 en línea base, 1.5 en entrenamiento I, 2.26 en entrenamiento II y 2.25 en pos-entrenamiento.

En la categoría G (juego cooperativo) las medias fueron para el grupo uno de 6.7 en línea base, 10.7 en entrenamiento II y 6 en pos-entrenamiento. Para el grupo dos la categoría G sólo se presentó en las fases de línea base y entrenamiento II con medias de 19.36 y 2.5, respectivamente. Para el grupo tres las medias fueron de 19.6 en línea base, 3.5 en entrenamiento I y 7 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro las medias fueron de 6 en línea base, 6.75 en entrenamiento I, 9.75 en entrenamiento II y 1.66 en pos-entrenamiento.

Categoría H (conversación) el grupo uno tuvo medias de 54 en línea base, 12.6 en entrenamiento I, 6.38 en entrenamiento II y 8.75 en pos-entrenamiento. En el grupo dos las medias para H fueron 38.42 en línea base, 8.36 en entrenamiento II y 6 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias fueron de 28 en línea base, 23.5 en entrenamiento I, 11.17 en entrenamiento II y 54.2 en pos-entrenamiento. Para el grupo cuatro las medias en la categoría H fueron de 53.37 en línea base, 12 en entrenamiento I y 12.86 en entrenamiento II y 4.8 en pos-entrenamiento.

En forma general se obtuvieron los siguientes datos: Las ca

tegorías que se dieron con medias ponderadas más altas en todos los grupos fueron: H (conversación), G (juego cooperativo) y F (sonreír). Las fases donde se encontraron las medias ponderadas más altas fueron línea base y entrenamiento II. Los grupos que obtuvieron medias más altas en todas las categorías interactivas y todas las fases fueron el grupo tres y el dos. Los grupos que obtuvieron medias más altas en las diferentes categorías se mencionan a continuación, apareciendo en primer término el grupo -- que obtuvo medias mayores. Para la categoría A (contacto físico) los grupos que obtuvieron medias ponderadas mayores fueron el 3, 1 y 4, en la categoría C (dar instrucciones) los grupos que obtuvieron medias ponderadas mayores fueron 1, 4 y 3. Para la categoría D (aceptar instrucciones) los grupos con mayores medias ponderadas fueron 2, 4 y 3. En la categoría E (interrumpir) los grupos con medias ponderadas más altas fueron el 2 y el 3. En la categoría F (sonreír) las media ponderadas más altas se dieron en los grupos 2 y 3. Para la categoría G (juego cooperativo) los -- grupos que tuvieron las medias ponderadas más altas fueron 3, 1 y 4 y en la categoría H los grupos con medias ponderadas más altas fueron el 3, 1 y 4.

Además del análisis visual, obtenido en este cuadro, se realizó un análisis de varianza mixto, con la finalidad de investigar la independencia o dependencia de las variables y su fuente de variación, obteniéndose la siguiente matriz de resultados:

	F V	S C	G L	C M	F
ENTRE SUJETOS	5565.87		27	206.14	
VARIABLE DE TRAT. A	119.33		3	39.77	0.175
SUJETOS INTRA A	5446.54		24	226.93	
INTRA SUJETOS	6025.45		84	71.73	
SUJETOS TRAT. B	1314.10		3	438.03	7.55

S. C. A X B	564.64	9	62.73	1.08
SC SUJETOS X B/A	4176.71	72	58	

En donde la variable A se refiere a las categorías interactivas de los grupos y la variable B a las diferentes fases (4 en total), FV es la fuente de variación; SC es la suma de cuadrados de cada dato; GL son los grados de libertad; CM representan los cuadrados medios y F es el factor de error.

En los datos que muestra la matriz anterior se observó que la F calculada para la variable A es igual a 0.175 y para la variable B es igual a 1.08, mientras que las F's tabuladas fueron para la variable A igual a 3.01 a un nivel de significancia del 95 % y grados de libertad igual a 3/24, para la variable B la F tabulada fué igual a 2.75 al mismo nivel de significancia que para la variable A y grados de libertad igual a 3/72. de donde se deduce que:

Para la variable A la F calculada (0.175) es menor que la F tabulada (3.01), lo cual significa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos en las diferentes categorías interactivas de los grupos.

Para la variable B es menor la F calculada (1.08) que la F tabulada (2.75), lo que significa que sí hay diferencia significativa entre los puntajes de categorías interactivas en relación a las diferentes fases.

TABLA 3 - B

Esta tabla nos sirvió para hacer una descripción de la medias ponderadas obtenidas en las diferentes categorías no-interactivas con relación a cada uno de los grupos.

Categoría I (manipulación de objetos) el grupo uno obtuvo medias de 44.9 en línea base, 10 en entrenamiento I, 21.66 en entrenamiento II y 16 en pos-entrenamiento. En el grupo dos las medias fueron de 39.72 en línea base, 34.73 en entrenamiento II y 18.66 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias para la categoría I fueron de 28 en línea base, 23.5 en entrenamiento I, 11.23 en entrenamiento II y 42.5 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro las medias obtenidas fueron de 37.83 en línea base, 1 en entrenamiento I, 14.6 en entrenamiento II y 10.83 en pos-entrenamiento.

Categoría J (autoestimulación) el grupo uno obtuvo medias de 3.8 en línea base, 3.03 en entrenamiento II y 1.75 en el pos-entrenamiento. En el grupo dos las medias fueron de 65 en línea base, 3.11 en entrenamiento II y 19 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias obtenidas fueron de 27.7 en línea base, 9.25 en entrenamiento I, 35.36 en entrenamiento II y 54.2 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro las medias obtenidas fueron de 32.26 en línea base, 15.35 en entrenamiento I, 19.62 en entrenamiento II y 12.4 en pos-entrenamiento.

Categoría K (aislamiento). El grupo uno obtuvo medias de 65 en línea base, 14.6 en entrenamiento I, 8.9 en entrenamiento II y 7 en pos-entrenamiento. El grupo dos tuvo medias de 42 en línea base, 4 en entrenamiento II y 2 en pos-entrenamiento. En el grupo tres la categoría K tuvo medias de 4 en línea base, 5.5 en entrenamiento I, 5.6 en entrenamiento II y 7.9 en pos-entrenamiento.

miento. En el grupo cuatro las medias fueron 75.44 en la línea base, 18.5 en entrenamiento I, 6.9 en entrenamiento II y 16.6 en pos-entrenamiento.

Categoría L (exploración visual). Las medias obtenidas para el grupo uno fueron de 33.4 en línea base, 0.66 en entrenamiento I, 12.98 en entrenamiento II y 12.2 en pos-entrenamiento. En el grupo dos las medias fueron de 52.64 en línea base, 7.83 en entrenamiento II y 20.33 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias fueron de 35.4 en línea base, 12.2 en entrenamiento I, 7.86 en entrenamiento II y 39.6 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro las medias fueron de 58.55 en línea base, 10.5 en entrenamiento I, 12.25 en entrenamiento II y 34.28 en pos-entrenamiento.

Categoría M (habla autista). Se presentó con medias muy bajas en casi todos los grupos, incluso en el dos no se presentó para nada. En el grupo uno se presentó con una media igual a 0.66 en la fase de entrenamiento II. En el grupo tres también estuvo presente en la misma fase con una media igual a 2. En el grupo cuatro se presentó en las dos últimas fases con medias de 10.5 para entrenamiento II y 4 en pos-entrenamiento.

La categoría N (risa autista) también se presentó con medias muy bajas en todos los grupos sin excepción. En el grupo uno obtuvo medias de 0.57 y 3.81 para la línea base y el entrenamiento II, respectivamente. En el grupo II obtuvo medias de 1 en línea base, 2.33 en entrenamiento II y 2 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias fueron de 0.77 en entrenamiento II y 1.36 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro las medias fueron de 5.66 en línea base, 2 en entrenamiento I, 1.25 en entrenamiento II y 24.33 en pos-entrenamiento.

Categoría O (juego paralelo) el grupo uno obtuvo medias de 32.2 en línea base, 10 en entrenamiento I, 14.68 en entrenamien-

ta II y 12.5 en pos-entrenamiento. En el grupo dos las medias -- fueron de 43.22 en la línea base, 27.93 en entrenamiento II y -- 12.33 en pos-entrenamiento. En el grupo tres las medias fueron - de 43 en línea base, 9 en entrenamiento I, 15.88 en entrenamien- to II y 24 en pos-entrenamiento. En el grupo cuatro la categoría O tuvo media de 31.73 en línea base, 11.86 en entrenamiento II y 13 en pos-entrenamiento.

En forma general estos datos nos arrojan la siguiente infor- mación: las categorías no-interactivas que se presentaron con me- dias ponderadas más altas fueron: I (manipulación de objetos), O (juego paralelo), L (exploración visual) y K (aislamiento), gene- ralizándose en los cuatro grupos. Las fases en las que se obtu- vieron medias ponderadas más altas fueron la I (línea base), se- guida de la fase de entrenamiento II. Los grupos que tuvieron me- dias ponderadas más altas en todas las categorías no-interacti- vas y en las diferentes fases fueron los grupos 4, seguido del 3 los grupos 1 y 2 tuvieron niveles semejantes de medias pondera- das.

La siguiente descripción señala a los grupos que obtuvieron mayores medias ponderadas en cada categoría no-interactiva. En - primer término se señala al grupo que obtuvo la media más alta, siguiendo un orden de mayor a menor. Para la categoría I (manipu- lación de objetos las medias más altas se observaron en los gru- pos 1 y 2. En la categoría J las medias ponderadas más altas se observaron en los grupos 3, 4 y 2. Para la categoría K las me- dias más altas se observaron en los grupos 4, 3 y 1, en la cate- goría L las medias ponderadas más altas se observaron en los gru- pos 4, 3 y 2. En la categoría M las medias ponderadas más altas se encontraron en los grupos 4, 1 y 3. Para la categoría N las - medias más altas se localizaron en los grupos 4, 1 y 2. En la ca

tegoría 0 las medias más altas estuvieron en los grupos 3, 2 y 1.

En base a este cuadro (3-B) también se realizó un análisis de varianza mixto además del visual, donde la variable A se refiere a las categorías no-interactivas de los grupos y la variable B a las diferentes fases. Los resultados obtenidos están representados en la siguiente matriz.

FV	SC	GL	CM	F
ENTRE SUJETOS	11832.44	27	438.23	
VARIABLE DE TRAT A	453.699	3	151.23	0.31
SUJETOS INTRA A	11378.741	24	474.11	
INTRA SUJETOS	20435.74	83	246.21	
SUJETOS TRAT B	8993.83	3	2997.94	19.88
SC A X B	587.71	9	65.30	0.43
SC SUJETOS X B/A	10854.21	72	150.75	

en donde FV es la fuente de variación; SC es la suma de cuadrados de los datos; GL son los grados de libertad; CM representan los cuadrados medios y F es el grado de error.

De la matriz anterior se obtuvieron las F's calculadas que fueron 0.31 para la variable A y 0.43 para la variable B, mientras que las F's tabuladas fueron para la variable A igual a 3.01 a un nivel de significancia del 95 % y grados de libertad igual a 3/24 y para la variable B la F tabulada fué de 2.71, al mismo nivel de significancia que la variable A y con grados de libertad igual a 3/72. De donde se deduce que:

Para la variable A la F calculada (0.43) es menor que la F tabulada (3.01), lo cual significa que no hay diferencia significativa entre los puntajes obtenidos en las diferentes categorías no-interactivas de los grupos. Para la variable B es menor la F calculada que la F tabulada lo que significa que sí hay diferencia significativa entre los puntajes de las categ. y las fases.

TABLA 5 - C

Esta tabla representa las medias ponderadas (X_p) para cada una de las categorías conductuales tanto interactivas como no-interactivas para los diferentes grupos en cuatro fases. Además -- del análisis visual se realizó un análisis estadístico de varianza mixto.

Categoría A (contacto físico). El valor más alto de media - ponderada fué obtenido por el grupo dos (2.66) seguido por los - valores obtenidos por los grupos tres (2.18) y cuatro (1.15), -- siendo el grupo uno (0.42) el que obtuvo la media ponderada más baja.

Categoría C (dar instrucciones). El valor más alto fué obtenido por el grupo uno (6.7), seguido por los valores obtenidos - por los grupos cuatro (3.11) y dos (2.95), siendo el grupo tres el que obtuvo la media más baja (2.83).

Categoría D (aceptar instrucciones). El valor más alto fué obtenido por el grupo dos (7.25) seguido por el grupo uno que obtuvo una media de (3.86) y el grupo cuatro con una media ponderada de 2.06, siendo el grupo tres el que obtuvo la media ponderada más baja (0.93).

Categoría E (interrumpir). El valor más alto de media ponderada fué obtenido por el grupo dos (1), seguido por los grupos - uno y tres cuyas medias ponderadas fueron de 0.25 en ambos y en el grupo cuatro la categoría no se presentó.

Categoría F (sonreír). La media ponderada más alta fué obtenida por el grupo dos (9.56), seguido por los grupos tres y uno cuyos valores de medias ponderadas fueron de 8.89 y 4.36, respectivamente, siendo el grupo cuatro el que obtuvo la X_p más baja, igual a 3.17.

Categoría G Juego cooperativo). La media ponderada más alta fué obtenida por el grupo dos (10.93), seguido por los grupos -- tres y uno con medias ponderadas de 10.03 y 7.8, respectivamente, siendo el grupo cuatro el que obtuvo la media ponderada más baja de 6.04.

Categoría H (conversación). La media ponderada más alta fué obtenida por el grupo tres (29.21), el grupo cuatro obtuvo un valor de 20.75 y el uno obtuvo un valor de 20.43, siendo el grupo dos el que obtuvo la media ponderada más baja (17.59).

Categoría I (manipulación de objetos).-- El grupo dos obtuvo la media ponderada más alta (31.03), seguido por las medias obtenidas por los grupos tres y uno con valores de 26.3 y 23.13, respectivamente, siendo el grupo cuatro (16.06) el que obtuvo el valor más bajo de media ponderada.

Categoría J (autoestimulación). El grupo cuatro obtuvo un valor de media ponderada de 31.88, el grupo tres tuvo una media de 31.12 y el grupo dos una media de 29.03, siendo el grupo uno el que obtuvo la media ponderada más baja (2.86).

Categoría K (aislamiento). La media ponderada más alta fué obtenida por el grupo cuatro (29.36), seguido por los grupos uno y dos con valores de (23.87) y (16), respectivamente, el grupo -tres fué el que obtuvo la media ponderada más baja de 5.57.

Categoría L (exploración visual). La media ponderada más alta fué obtenida por el grupo cuatro (28.89), seguido por los grupos dos y tres con valores de 26.93 y 23.76, respectivamente, -- siendo el grupo uno el que obtuvo la media más pequeña (14.81).

Categoría M (verbalización autista). La media ponderada mayor fué obtenida por el grupo cuatro con un valor de 7.25 seguido por los grupos tres y uno cuyos valores de medias ponderadas fueron 2 y 0.66. En el grupo dos la categoría no se presentó.

Categoría N (risa autista). La media ponderada más alta se presentó en el grupo cuatro con un valor de 8.31, seguido por -- los grupos uno y dos cuyos valores de medias ponderadas fueron -- de 2.19 y 1.24, respectivamente. El grupo tres obtuvo la media -- ponderada más baja con un valor de 1.06.

Categoría O (juego paralelo). El valor más alto fué obtenido por el grupo dos (27.82). Los grupos cuatro y uno obtuvieron valores de 18.86 y 17.34, respectivamente, siendo el grupo tres el que obtuvo la media más baja de 16.97.

En general podemos decir que las categorías interactivas A, D, E, F y G se presentaron con mayores frecuencias en el grupo -- dos. En la categoría C el valor más alto fué obtenido por el gru -- po uno y en la categoría H la media ponderada más alta fué obtenida por el grupo tres. En las categorías no-interactivas J, K, L, M y N los valores más altos fueron obtenidos por el grupo cua -- tro. En las categorías I y O el grupo que predominó fué el dos.

Además del análisis visual obtenido se realizó una prueba -- estadística de análisis de varianza mixto del que se obtuvo la -- siguiente matriz.

FV	SC	CM	GL	F
SC ENTRE SUJETOS	4866.688		13	
TRATAMIENTO A.	1382.753	1382.75	1	4.76
sujetos/A INTRA	3483.935	290.32	12	
INTRA SUJETOS	14137.13	34.21	42	
V. DE TRAT. B	131.813	43.93	3	1.39
A X B	171.895	57.29	31	1.81
SUJETOS X B/A	11.3342	31.48	36	

En donde la variable A se refiere a las categorías interac -- tivas y no-interactivas de los grupos, la variable B se refiere a los diferentes grupos; FV es la fuente de variación; GL son --

los grados de libertad; CM representan los cuadrados medios y F es el factor de error.

En el cuadro se observa que la F calculada para la variable A es igual a 4.76, para la variable B es igual a 1.81. Por otro lado la F tabulada para la variable A fué de 2.29 a un nivel de significancia de 95 % y grados de libertad de 3/36. Para la variable B la F tabulada fué de 4.75 a un nivel de significancia de 95 % y grados de libertad de 1/12. De donde se deduce que no hay diferencia significativa entre la ejecución del tipo de categorías con respecto a los grupos puesto que el valor de la F calculada no excede el valor de la F tabulada, en la variable A; pero sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para que se den las diferentes categorías interactivas y no-activas puesto que el valor de la F calculada excede en forma mínima el valor de la F tabulada, con respecto a la variable B (grupos).

TABLA 3 - D

La tabla que a continuación se describe muestra los datos - obtenidos por medias ponderadas que fueron empleados para realizar el análisis de varianza simple, contiene los puntajes de cada uno de los grupos en sus diferentes fases, separando categorías interactivas y no-interactivas.

CATEGORIAS INTERACTIVAS.- Para el grupo uno la media más alta se presentó en la fase de línea base con un valor de 13 y la más baja se observó en la fase de entrenamiento II con un valor de 1.52. El grupo dos tuvo su valor más alto de media ponderada en la fase de línea base con un valor de 13.11 y el valor más bajo se dió en la fase de entrenamiento I, en donde no se presentó ninguna categoría. Para el grupo tres las medias más altas se -- presentaron en las fases de línea base y de pos-entrenamiento -- con valores de 9.12 y 9.8, respectivamente, la media más baja se dió en la fase de entrenamiento II con un valor de 2.55. En el - grupo cuatro las medias más altas se dieron en la fase de línea base con un valor de 10.22, la media más baja se obtuvo en la fa se de pos-entrenamiento con un valor de 1.45.

CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.- Para el grupo uno la media más alta se presentó en la fase de línea base con un valor de 25.6 y la media más baja se presentó en la fase de entrenamiento I con un valor de 2.08. El grupo dos obtuvo un valor de 34.78 en la lí nea base, la media más baja se dió en la fase de entrenamiento I en donde no se presentaron las categorías no-interactivas. El -- grupo tres tuvo tuvo su media ponderada más alta en la fase de - línea base con un valor de 22.65 y la media más baja se presentó en la fase de entrenamiento I, con un valor de 5.37. Para el gru

po cuatro la media más alta se dió en la fase de línea base con un valor de 34.49, la media más baja se presentó en la fase de entrenamiento I con un valor de 6.78.

En general tanto para categorías interactivas como para no-interactivas las medias más altas se presentaron en la fase de línea base. En categorías interactivas los valores más bajos se dieron en los grupos uno y tres, en la fase de entrenamiento II y en categorías no-interactivas los valores más bajos se dieron en la fase de entrenamiento I para todos los grupos.

Los resultados del análisis de varianza simple que se realizó con los datos de esta tabla son los siguientes:

PARA CATEGORIAS INTERACTIVAS.

FV	SC	GL	CM	F
SUJETOS	11.97	3	3.99	0.55
TRATAMIENTO A	191.17	3	63.72	8.83
TRAT. X SUJETOS	64.91	15	7.21	
TOTAL	268.05			

En donde FV es la fuente de variación; SC es la suma de cuadrados de los datos; GL son los grados de libertad con que se desplazan los datos al rededor de una media; C. M. son los cuadrados medios; F es el factor de error. A es la variable de tratamiento a medir y representa a las diferentes fases. En este caso dicha variable se hace interactuar con categorías interactivas.

En este cuadro la F calculada fué igual a 8.83 y la F tabuada fué de 3.29 a un nivel de significancia de 0.95 % y grados de libertad igual a 3/15, siendo este último valor menor al de la F calculada, esto nos demuestra que existen cambios estadísticamente significativos en las categorías con respecto a cada fase por las que pasaron los diferentes grupos.

PARA CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS.

FV	SC	GL	CM	F
SUJETOS	59.02	3	19.67	1.002
TRATAMIENTO A	1365.82	3	455.27	223.20
trat. X sujetos	176.54	9	19.61	
TOTAL	1601.39			

En este caso también la variable A representa a las diferentes fases y se hace interactuar con las categorías no-interactivas.

En este segundo cuadro la F calculada es igual a 23.20 y la F tabulada fué de 3.86 a un nivel de significancia de 0.95 % y - grados de libertad igual a 3/9, siendo este último valor menor - al calculado queda demostrado que existen cambios estadísticamente significativos en las categorías con respecto a cada fase por las que pasaron los diferentes grupos.

GRÁFICAS DEL PROGRAMA DE REPERTORIOS PRE-LABORALES

Los resultados aquí analizados son de respuestas correctas y están dados en porcentajes. El registro se llevó a cabo diariamente y comenzó con la línea base de las dos monitoras concluyendo con el tratamiento de la última monitoreada.

MONITORA I.- Durante la fase de línea base esta paciente -- mostró una variación que va de 42 % al 80 % de respuestas correctas, el valor con el que se cambió de fase fué de 70 % mantenido durante dos sesiones consecutivas. En las dos primeras sesiones de la fase de entrenamiento se presentó un decremento hasta 33 % de respuestas correctas incrementando en la siguiente sesión a un porcentaje de 79 que se mantuvo durante 3 sesiones consecutivas a partir de las cuales se observaron decrementos de 65 % en dos sesiones seguidas, otra sesión en la que el porcentaje fué de 63 y observándose un decremento todavía más grande hasta llegar a 33 % en la última sesión de esta fase. Durante el entrenamiento de la monitoreada 1 se obtuvo el porcentaje más bajo de 66 % en la segunda sesión y el más alto fué de 85 % de conductas de monitor que se mantuvo en las tres últimas sesiones. En el entrenamiento de la monitoreada 2 el valor más bajo que alcanzó la monitora fué de 50 % y el más alto fué de 85 % de respuestas correctas en tres sesiones consecutivas. Cuando la monitora I entrenaba a la monitoreada 3 el valor más bajo fué de 38 % de respuestas correctas en la primera sesión, en la segunda sesión fué de 50 % y en las últimas tres sesiones se mantuvo en un 89 % de respuestas correctas. No se esperó a que los valores de línea base se establecieran por lo menos durante tres sesiones consecutivas porque este criterio ya había sido cubierto por la monitora II quien en lo consecutivo marcó el cambio de fase en todas las demás pacientes.

MONITORA II.- Durante la fase de línea base el valor más bajo fué de 39 % obtenido en la tercera sesión y el valor más alto fué de 76 % obtenido en una sesión intermedia de la fase, hasta que durante cinco sesiones consecutivas, obtuvo el 64 % de respuestas correctas, por lo que se empezó a entrenar a esta paciente considerando cubierto el requisito mínimo para cambiar de fase. En la fase de entrenamiento la adquisición del repertorio -- fué incrementando de 52 % a 93 % de respuestas de monitor correctas. Este último valor se mantuvo durante tres sesiones consecutivas lo que nos permitió el cambio a la fase de entrenamiento a monitoreadas. Durante el entrenamiento a la monitoreada 4, la monitora II mantuvo un porcentaje de 93 durante la primera sesión, después incrementó a 96 % en dos sesiones seguidas y en las últimas dos sesiones alcanzó el 100 % de respuestas correctas. Cuando entrenó a la monitoreada 5 en las dos primeras sesiones decrementó la ejecución de la monitora a 75 % de respuestas correctas, en las dos siguientes sesiones decrementó a 74 % y en la última sesión incrementó a 90 %, mientras que su monitoreada alcanzaba el criterio establecido para cambiar de fase. Durante el entrenamiento de la monitoreada 6 las respuestas correctas de la monitora se mantuvieron en un 90 % llegando al 100 % en las últimas 3 sesiones.

Monitoreada (1).- Durante la línea base esta paciente obtuvo el 100 % en las sesiones 1 y 3, en las sesiones 2, 4 y 5 79 - por ciento de respuestas correctas en repertorios pre-laborales. En las sesiones de entrenamiento esta paciente obtuvo un valor de 100 % correspondiente a la primera sesión, en la segunda sesión decrementó a 74 % de respuestas correctas para volver a incrementar hasta un 90 %, manteniéndose este valor por 3 sesio--

nes consecutivas, lo que nos permitió cambiar de fase entrenando a otra paciente.

Monitoreada (2).- Empezó la fase de línea base con un 70 % de respuestas correctas, decrementando a un 50 % en la segunda sesión y en las siguientes sesiones tuvo valores de 100 y 90 % de respuestas correctas y en la última sesión decrementó hasta un valor de 74 %. En la fase de entrenamiento esta misma paciente empezó con un valor de 79 % de respuestas correctas incrementando en las dos sesiones siguientes a 93 % para finalmente alcanzar el 100 % de respuestas correctas en repertorios pre-laborales, valor que se mantuvo en dos sesiones seguidas.

Monitoreada (3) En la fase de línea base se observó mucha variación que va de 100 % a 70 % de respuestas correctas. En la fase de entrenamiento el porcentaje más alto fué de 100 % de respuestas correctas, perteneciente a la segunda sesión y en el resto de las sesiones el valor fué de 95 % de respuestas correctas.

Monitoreada (4).- durante la fase de línea base obtuvo el 100 % en las sesiones 1 y 3 y en las fases 2, 4 y 5 obtuvo el 79 % de respuestas correctas. Fué la primera monitoreada que se entrenó y su cambio de fase se debió a que fué la paciente que mostró menor fluctuación en sus respuestas. En el entrenamiento esta paciente obtuvo el 100 % de respuestas correctas en la primera sesión, observándose un decremento en la segunda sesión de 74 % para volver a incrementar hasta un valor de 90 % por tres sesiones consecutivas.

Monitoreada (5).- El valor más bajo durante la línea base fué de 50 % de respuestas correctas obtenido en la segunda sesión y el valor más alto fué de 100 % obtenido en la tercera y en la séptima sesiones, hasta llegar a un valor de 74 % que se mantuvo durante 3 sesiones consecutivas. En el entrenamiento el valor más bajo fué de 79 % perteneciente a la primera sesión y -

el más alto fué de 100 %, presentado en las dos últimas sesiones Monitoreada (6).- En la línea base el valor más alto fué de 100 % de respuestas correctas en repertorios pre-laborales y el más bajo fué de 70 %. En el entrenamiento el valor más alto fué de 100 % obtenido en la segunda sesión y el valor que puso fin a su entrenamiento fué 95 %.

En general se observó que la monitora II alcanzó el criterio de estabilidad más rápidamente que la monitora I y por lo tanto fué la primera en recibir entrenamiento y en entrenar a sus Monitoreadas, al mismo tiempo que los criterios alcanzados por ella o por sus Monitoreadas, marcaban los cambios de fase. Por otro lado la monitora II mostró incrementos significativos de sesión a sesión en la fase de entrenamiento y por el contrario, la monitora I mostró algunos decrementos en el transcurso de las sesiones de esta misma fase, cabe señalar aquí que dicha paciente (monitora I) estaba en período de crisis. Durante el entrenamiento las Monitoreadas mostraron porcentajes que van de 74 a 100 % y las pacientes con porcentajes más altos durante el entrenamiento fueron: 2, 3, 5 y 6, las primeras dos entrenadas por la monitora I y las restantes por la monitora II. Otros hallazgos importantes consisten en que las pacientes alcanzaban muy rápidamente los criterios tanto para repertorios de monitor como para repertorios pre-laborales, es conveniente también mencionar que el reforzador inicial (fichas) se cambió por un sistema de puntos, puesto que el primero era interferido por el reforzamiento que llevaban a cabo las damas voluntarias en sus programas, del mismo modo se puede pensar que el propio entrenamiento se vió favorecido por las labores que las pacientes llevaban a cabo ocasionalmente con esas personas, aunque esto varió de paciente a paciente.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De los resultados anteriores se desprende que el segundo objetivo, consistente en diseñar un tipo de registro que nos permita evaluar los cambios en la conducta de una manera sistemática, quedó cubierto en alguna medida con el uso de los registros empleados en la realización de este trabajo, pues se pudo constatar que ambos (registro eléctrico y manual) son de utilidad dependiendo del tipo de situaciones en las que se emplean. En nuestro caso fué de gran ayuda el empleo del registro eléctrico para la evaluación de la interacción verbal, pues gracias a éste se pudo hacer otro tipo de análisis, ^{de relaciones} como establecer relaciones entre eventos, entre sujetos, sujetos/material y sujetos /situaciones, algunas de ellas ya han sido señaladas en la primera parte de resultados (ver pag 48).

Por otro lado el registro manual aunque incluyó muchas categorías nos permitió muestrear conductas colaterales (previamente definidas) a intervalos de tiempo, lo que nos dió un pormenor de la frecuencia con que dichas conductas se presentaron. Estos resultados nos indicaron que no hubo diferencias entre las conductas que se presentaron con mayor frecuencia para los diferentes grupos, predominando las categorías interactivas H (conversación) y G (juego cooperativo) y las no-activas I (manipulación de objetos) y O (juego paralelo), para todos las pacientes entrenadas y no-entrenadas. En las gráficas en que se comparan ambos registros (ver apéndice I) se puede observar que existe una correlación muy estrecha entre un registro y otro; pero sin embargo, se dieron todas las categorías que caían en las definiciones hechas en el registro manual, en frecuencias más o menos semejantes aunque el análisis y cómputo de dichas categorías en el re-

gistro eléctrico fué un poco más complejo.

Otros niveles de análisis se discuten a continuación:

Primero.- Para todos los grupos incluyendo monitoras, monitoreadas y no-entrenadas se encontró que las categorías interactivas H (conversación), G (juego cooperativo) y F (sonreír) y -- las no-activas I (maipulación de objetos), O (juego paralelo) y L (exploración visual) fueron las que se presentaron, en general, con mayor frecuencia en la mayoría de las fases. Hallazgos que guardan una relación con el cómputo hecho de comparación de registros.

Segundo.- En el análisis visual de medias ponderadas (X_p) en ocho fases otra vez se encontró que tanto las categorías interactivas como las no-activas mencionadas anteriormente fueron las que se presentaron con valores mayores, cosa que coincide con los hallazgos anteriores. Sin embargo estos resultados difieren de tabla a tabla en relación a los grupos que obtuvieron los valores mayores de X_p , puesto que la tabla 1-A señala que -- son los grupos 3, 4 y 2 los que obtuvieron los valores mayores en categorías interactivas y la tabla 1-B muestra que los valores mayores en categorías no-activas se dieron en los grupos uno y dos. Por otro lado la tabla 1-C que de alguna manera resume a las dos tablas anteriores mostró que las categorías no-activas tuvieron valores mayores de X_p que las categorías interactivas, en todos los grupos y en la mayoría de las fases, con excepción de la fase dos en la que el grupo tres tuvo valores mayores de medias ponderadas en categorías interactivas por una diferencia mínima. Otros resultados que coinciden con los anteriores en relación a las categorías interactivas y no-activas que se presentaron con valores mayores se muestran en la tabla 1-D. Se trata de las categorías H, G y F (interactivas) y

las categorías I y O (no-interactivas). Sin embargo esta tabla difiere de las anteriores cuando señala que el grupo dos (no entrenadas) es el que muestra valores mayores de Xp en las categorías A (contacto físico), C (dar instrucciones), B (interrumpir), F (sonreír) y G (juego cooperativo), todas ellas interactivas. - Es bueno señalar que esta tabla está agrupando todas las categorías interactivas por un lado y no interactivas por otro, tomando en cuenta además todas las fases y a todas las pacientes de cada uno de los grupos, sin contar que el grupo dos en particular, estaba integrado únicamente por tres pacientes. Por lo que cabe la posibilidad de que dicha agrupación, sobre todo tratándose se de promedios, encubra o altere algunos datos. Este mismo grupo alcanzó también los valores más altos de Xp en las categorías no interactivas I y O, resultado semejante a los ya descritos -- con anterioridad. Todas estas tablas de medias ponderadas en 8 - fases coinciden con los resultados del primer nivel de análisis (comparación de registros y frecuencias netas) en que las categorías no-interactivas superaron el nivel de presentación de las - categorías interactivas. No obstante vale la pena mencionar una excepción que se dió en la tabla 1-C en la que se observó que el grupo tres en la fase dos tuvo valores mayores para categorías - interactivas, lo que resulta de gran importancia para este estudio, ya que en este grupo se encontraba la monitora II (M-II) y en dicha fase recibía su entrenamiento.

Tercero.- El análisis visual de las tablas 2-A, 2-B, 2-C y 2-D que contienen frecuencias acumuladas coinciden nuevamente -- con los datos anteriores sobre las categorías interactivas y no-interactivas, ya mencionadas, que se presentaron con valores mayores, en este caso frecuencias. Otro factor donde coincide este nivel de análisis con los anteriores consiste en el predominio,

en frecuencia, que obtuvieron las categorías no-interactivas sobre las interactivas. Respecto a los grupos que obtuvieron las frecuencias mayores la tabla 2-A mostró que los grupos 1 y 3, en donde se encontraban las dos monitoras, tuvieron frecuencias más altas en categorías interactivas; la tabla 2-C por su parte mostró que los grupos 3 y 4 tuvieron las frecuencias mayores en categorías interactivas y los grupos cuatro y dos tuvieron frecuencias más altas en categorías no-interactivas.

El análisis que de estos resultados se desprende consiste en que el grupo tres estaba integrado por la M-II, su monitoreada 1 (paciente 4) y dos pacientes no-entrenadas (d y e) y el grupo cuatro a su vez estaba integrado por las monitoreadas 5 y 6 de la M-II y otras dos pacientes no-entrenadas (f y g). La importancia de esto radica también en que los cambios observados son como ya se mencionó anteriormente, a partir de la fase dos en que empezó el entrenamiento de la M-II. Vale la pena aclarar que se inició entrenando a la M-II porque fué la primera de ellas que alcanzó el criterio establecido para que dicho entrenamiento comenzara.

Cuarto.- Otro nivel de análisis lo constituyen las medias ponderadas en cuatro fases que guardan un acuerdo con los niveles anteriores respecto a las categorías interactivas y no interactivas que predominaron, también en la supremacía de los valores de medias ponderadas obtenido por el repertorio no-interactivo, respecto del interactivo, con una excepción encontrada en la tabla 3-C en la que el grupo dos predomina con valores mayores en categorías interactivas en la fase inicial (1). Adicionalmente las tablas 3-B y 3-C concuerdan en que los grupos 4 y 2 obtuvieron los valores mayores en categorías no-interactivas en la mayoría de las fases y finalmente la tabla 1-D mostró que en la fase de línea base se dieron los valores más altos de medias pon

deradas para todos los grupos y en ambos repertorios.

Todos los niveles de análisis están de acuerdo en que las categorías interactivas que se dieron con mayor frecuencia fueron G, H y F particularmente en el grupo 3, cuyas integrantes ya se mencionaron, estos resultados se repiten en la mayoría de las fases, con la excepción mencionada anteriormente (grupo 2, fase 1). Estos hallazgos apoyan el que se hable de ciertos efectos colaterales del programa de entrenamiento hacia la situación libre, puesto que al entrenar repertorios pre-laborales en las monitores, se entrenó en las monitoras el proporcionar retroalimentación en la relación enseñanza-aprendizaje de la tarea, conducta que comparte características con la definición de la categoría G (juego cooperativo) del programa de evaluación. De la misma manera se entrenó el proporcionar reforzamiento y dar instrucciones que comparten características con las definiciones correspondientes a las categorías F (sonreír) y H (conversación), respectivamente. Los efectos de los que hablamos se observaron a partir de la fase dos, que correspondió al entrenamiento de la M-II, a partir de allí este repertorio se mantuvo a lo largo de las sesiones subsecuentes, observándose esto también en el grupo cuatro pero a menor escala, lo que nos lleva a argumentar que hubo cierto control de la situación por parte de la M-II quien en situación libre daba instrucciones, administraba contingencias, etc. Cosa que nos lleva a pensar, que aun cuando incipientemente se dió la desprofesionalización en el sentido de que la M-II "adquirió rápidamente" el repertorio que se le entrenó y que consistió en el manejo de técnicas conductuales que además fueron aplicadas en una situación libre, la realización de sus tareas pudo haber estado controlada por algún efecto residual del reforzador empleado en la situación de entrenamiento.

Ahora bien, el grupo 4 que mostró resultados similares al del grupo 3 estaba integrado por las otras dos monitoreadas de la M-II (pacientes 5 y 6) cuyas características eran de poca relación interpersonal en la primera, y períodos de crisis en la segunda (maníaco-depresiva), este grupo lo completaron las pacientes no-entrenadas f y g con características similares de mutismo y poca relación interpersonal (ver pag. 16), por lo que resulta de suma importancia el que se hayan dado niveles altos de interacción sobre todo a partir de la fase dos.

Con respecto al grupo dos (no-entrenadas todas) las categorías interactivas se encontraban con valores más altos en la fase 1, que fué de línea base para las pacientes que participaron en el programa de repertorios pre-laborales, pero se observó un decremento a partir de la fase dos en el mismo tipo de categorías, lo que nos lleva a pensar que tratándose de un grupo control en el que no se dió entrenamiento, esos cambios pudieron haber sido consecuencia de un efecto de historia de permanecer diariamente en la situación o un efecto de la manipulación del material que obligaba, de cierto modo, a que se diera un tipo de interacción que podía ser sujeto/sujeto ó sujeto/material. Esto último se puede apoyar con los hallazgos respecto a las categorías I (manipulación de objetos) y O (juego paralelo) que tuvieron sus valores más altos tanto en frecuencias como en medias ponderadas, en el grupo dos principalmente, aunque hay que tener presente que estas categorías también predominaron a menor escala en los demás grupos, por lo que puede argumentarse que quizá hubo efecto de manejo de material en todos ellos, entendiéndose el material disponible en la situación como los recursos existentes, pues hubo otro tipo de material con el que llegaban las pacientes y que no controlamos. Un dato que se correlaciona con esto es el extraído del muestreo del registro eléctrico en el que

se determinó que el tipo de material con que interactuaban más - las pacientes eran, en primer término, los productos de belleza, seguidos de las serpientes y escaleras y la plastilina, lo que - nos da idea de la preferencia de las pacientes en cuanto al mate- rial. Esto último constituye un factor determinante para que se - de la conducta, ya que no basta contar con los recursos suficien- tes sino que hay que procurar que estos se adecuen a la situa- ción, al tipo de conducta que se va a entrenar o a evaluar y a - las preferencias de las pacientes (López, 1980). Por ejemplo en una situación restringida como es el cubículo donde se trabajó, en el que además de muebles hay 4 pacientes, resulta hasta inú- til poner materiales para juegos de patio como una cuerda para - saltar o una pelota o poner sonajas para bebés cuando las pacien- tes son personas adultas, en un caso extremo. Aunque esto es un punto muy importante no incumbe a la presente tesis el análisis de dichas preferencias, sin embargo esto podría ser analizado en una investigación posterior.

Uno de los puntos más importantes a analizar lo constituyen los hallazgos del grupo 1 integrado por la monitora I (M-I) y mo- nitoreados 1, 2 y 3 ya que en ambos repertorios se observó que - hubo un decremento general al pasar de línea base a las fases -- posteriores (ver tabla 2-A) en casi todas las pacientes de este grupo con excepción de la M-I quien mostró un incremento muy sig- nificativo en la transición de un período (L.B.) a otro (entrena- miento). Un hallazgo más que caracterizó a este grupo consistió en que casi todas sus integrantes no alcanzaron sus niveles de - línea base al pasar del entrenamiento a la fase posterior y algu- nas de ellas tuvieron un decremento progresivo conforme transcu- rrían las fases con excepción nuevamente de la monitora I quien en la fase de pos-entrenamiento rebasó por un pequeño margen su nivel de línea base. En lo anterior también se observó que a par

tir de la línea base casi no hubo interacción tanto a nivel sujeto/sujeto como a nivel sujeto/material. Aunque no podemos determinar concretamente las causas de esto si podemos pensar que en cierta forma influyeron las características propias de las pacientes que se señalan en su clasificación diagnóstica (psiquiátrica) ya que en este grupo eran frecuentes los períodos de crisis y por otro lado, a nivel puramente empírico se observó que eran pacientes que no presentaban mucha relación interpersonal en otro tipo de situaciones, agregando también a esto el tipo de material que se empleó, particularmente en las situaciones de evaluación, ya que siendo el mismo para todos los grupos, pudo haber carecido de interés para el grupo 1 en forma especial, aunque algunos materiales guardaban similitud con los utilizados en la situación de entrenamiento. También podemos mencionar aquí como una variable extraña los medicamentos administrados a las pacientes, que en la gran mayoría de los casos eran depresivos que mantenían a las pacientes en un estado de somnolencia, inhibiendo su ejecución en cualquier labor y provocándoles un desinterés generalizado.

A nivel general podemos decir intentando analizar en forma individual las ejecuciones más relevantes que las pacientes entrenadas mostraron cambios muy significativos a raíz del entrenamiento, de los cuales algunos ya fueron mencionados y otros, que consideramos de gran relevancia, merecen ser mencionados aunque no se registraron sistemáticamente porque se presentaron en situaciones diferentes (comedor, otro pabellón, etc.) y que consistían por lo regular en un incremento de la interacción social de las pacientes. Se puede hablar aquí de generalización de ciertas conductas que fueron entrenadas en una situación particular a otros ambientes (Hersen y Barlow, 1976).

En forma más específica los cambios más sobresalientes se observaron en las pacientes (b) no-entrenada, quien en las primeras fases mostró una ejecución bastante alta en la categoría J (autoestimulación), pues se mecía en la silla constantemente, fenómeno que era interrumpido ocasionalmente por la categoría I (manipulación de objetos). Para la última fase la conducta de la paciente estuvo más bajo el control del material, ya que la categoría J decrementó significativamente y hubo un importante incremento, como contraste, en las categorías I y O (juego paralelo). Lo mismo se pudo observar en las pacientes no-entrenadas c, d y g pero con una significancia menor. Otros resultados significativos fueron observados en las pacientes no-entrenadas (f) del grupo 4 quien tuvo un incremento en sus categorías interactivas relacionado con el uso del material (serpientes y escaleras) cuyo manejo, daba instrucciones e instigaba a otras pacientes para que participaran en el juego y la paciente M-II quien proporcionaba retroalimentación a las pacientes y aprobaba la realización de sus trabajos, al mismo tiempo que impedía que éstas salieran de la situación (cubículo).

Otra forma de llevar a cabo el análisis de datos fué mediante el empleo de estadística, concretamente la prueba chi-cuadrada para muestras pequeñas que se aplicó a las tablas 2-B, 2-C y 2-D, la primera de las cuales se analizó bajo la hipótesis nula (Ho.) "EL TIPO DE CONDUCTA ES INDEPENDIENTE DE LOS GRUPOS QUE SE ESTAN MANEJANDO" dicha Ho. fué rechazada a un nivel de significancia de 0.01 y grados de libertad igual a 3, por lo que se concluyó que el "TIPO DE CONDUCTA O CATEGORIAS (presentadas en mayor o menor frecuencia) SI DEPENDE DE LOS GRUPOS QUE SE MANEJAN", lo que de alguna manera corrobora que el entrenamiento tuvo algo que ver. En las tablas 2-C y 2-D que se analizaron bajo una misma hipótesis, pero indistintamente una para categorías in

teractivas y otra para no-interactivas. La Ho. fué: "LAS RESPUESTAS EN LAS DIFERENTES FASES SON INDEPENDIENTES DE LOS GRUPOS QUE SE ESTAN TRATANDO", ambas fueron rechazadas a un nivel de significancia de 0.01 y grados de libertad igual a 6, por lo tanto se aceptó que: "TANTO LAS CATEGORIAS INTERACTIVAS COMO LAS NO-INTERACTIVAS, PRESENTADAS EN LAS DIFERENTES FASES DEPENDEN DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS". Estas tres tablas coinciden en que en la ejecución de ambos repertorios (interactivo/no-interactivo) en las diferentes fases, dependen del tipo de grupo con el que se trabaja.

Otro método estadístico empleado para interpretar los datos fué el análisis de varianza misto para las tabla 3-A, 3-B y 3-C y análisis de varianza simple para la tabla 3-D. En los primeros análisis (3-A y 3-B) se llegó a la conclusión de que: "NO HUBO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS DIFERENTES CATEGORIAS (interactivas/ no-interactivas) DE LOS GRUPOS", sin embargo "SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PUNTAJES DE AMBOS TIPOS DE CATEGORIAS EN RELACION A LAS FASES". La primera de estas conclusiones corresponde al cálculo de la variable A, que en el cuadro 3-A representa a las categorías interactivas y en el cuadro 3-B representa a las no-interactivas. La segunda conclusión corresponde al cálculo de la variable B, que en ambas tablas representó a las diferentes fases (4).

En la tabla 3-C la variable A contiene a las categorías interactivas y a las no-interactivas de cada grupo y la variable B representa a los diferentes grupos. Esta interacción de variables nos dió como conclusión que "NO HUBO DIFERENCIA EN LA EJECUCION DEL TIPO DE CONDUCTA CON RESPECTO A LOS GRUPOS", en cambio si existió "DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA EJECUCION DE LOS GRUPOS CON RESPECTO A LAS CATEGORIAS INTERACTIVAS Y NO-INTERACTIVAS".

Por último en la tabla 3-D se realizó una división analizan

do categorías interactivas por un lado, y no-interactivas por el otro y se concluyó que: "EXISTEN CAMBIOS SIGNIFICATIVOS TANTO EN CATEGORIAS INTERACTIVAS COMO NO-INTERACTIVAS CON RESPECTO A CADA FASE POR LAS QUE PASARON LOS DIFERENTES GRUPOS". En ambos análisis la variable A (única) representó a las diferentes fases.

Todas estas tablas excluyendo a la 3-D nos indicaron que no hubo diferencias significativas entre los grupos, en la ejecución de las categorías interactivas y no-interactivas, datos que se desprenden obviamente del análisis de varianza aplicado. Sin embargo cuando se hizo interactuar a la segunda variable (fases) en las tablas 3-A, 3-B y 3-C se encontró una diferencia significativa en la ejecución de categorías interactivas y no-interactivas dependiendo de las diferentes fases en las que se encontraban los grupos. El primero de estos hallazgos entra en contradicción con los encontrados en la prueba chi-cuadrada, en la que se concluyó que la ejecución de ambos tipos de categorías dependía de los diferentes grupos, este último resultado nos da idea de la influencia del programa de entrenamiento y su generalización a una situación libre; pero los resultados del análisis de varianza no concuerdan con eso. La diferencia entre ambas pruebas es completamente lógica pues en cada una de ellas se tratan de establecer relaciones diferentes de acuerdo a los datos que se tienen, aunque en la aplicación de una de ellas (análisis de varianza) se pasaron por alto algunos supuestos como es la dependencia de los datos y también en este mismo análisis es pertinente tener en cuenta que la agrupación de datos por medias ponderadas altera algunos resultados y esto se puede ver principalmente en las tablas 1-D y 3-C. Por otro lado, el segundo hallazgo encontrado en el análisis de varianza (variable B) referente a la interacción fases y categorías, sí muestra diferencias aunque no indica exactamente en que fases, que tipos de cambios se dan ni

en qué grupos. Debido a lo anterior nosotras apoyamos la idea de es mucho más conveniente hacer un análisis individual, aun cuando se trabaje con grupos (Hersen y Barlow, 1976) y esto nos lo da el análisis visual en el que apoyamos con más precisión esta discusión.

Otro punto que había quedado fuera y que es importante discutir consiste en las repercusiones que puede tener el reforzador contingente sobre la permanencia de las pacientes en la situación de evaluación y que sin embargo podría estar influyendo en la interacción propiamente dicha. Esto se explica partiendo del concepto de clases, pues se tienen dos clases de repertorios a evaluar que pertenecen a un concepto más general llamado conducta social. Estas dos clases son conductas interactivas y conductas no-interactivas, cada una de las categorías en ellas incluidas comparten características definitorias que las diferencian de la otra clase (Millenson, J. R., 1977). Ahora si la conducta de permanecer en la situación comparte características con una u otra clase de respuestas podría decirse que el reforzador expreso para ella refuerza colateralmente a las otras categorías que caen dentro de la misma clase. Sin embargo un ejemplo de que esto no era así es la conducta de la paciente 1 (entrenada por la M-I) quien no mostró grandes cambios en su conducta y sin embargo asistía frecuentemente al programa y al final de la sesión reclamaba su punto, aunque en la misma hubiera estado todo el tiempo durmiendo. Otra posibilidad consiste en el hecho de que el reforzador destinado para la permanencia en la situación favorezca la disposición de las pacientes para interactuar, lo que se convertiría en una nueva investigación cuya variable a manipular sería el reforzar, no reforzar o reforzar intermitentemente u ocasionalmente la permanencia de las pacientes en la situación.

De todos los hallazgos que se encontraron en la investigación llevada a cabo, sumada a la experiencia práctica adquirida a través del contacto frecuente en una institución psiquiátrica, se desprenden las siguientes alternativas:

1.- Una de las necesidades más importantes que creemos hay dentro de las instituciones es la existencia de un diagnóstico conductual más específico que abarque diferentes áreas de la conducta y arroje datos más precisos de los repertorios conductuales que poseen las pacientes y el señalamiento descriptivo de los programas en que éstas han participado, en caso de haberlo hecho, lo que nos ayudaría a tener una medida de línea base con el máximo de control y al mismo tiempo desarrollar programas terapéuticos de acuerdo a las necesidades y características propias de cada paciente, de este modo se podría conocer un poco la historia de reforzamiento de las pacientes.

2.- Otra alternativa consiste en que dadas las condiciones en las que se trabaja dentro de la institución que son:

a).- Las características propias de las pacientes como crisis emocionales y conductuales, períodos en los que se les da de alta o de permiso.

b).- Características del medio institucional, como el tipo de tratamiento farmacológico administrado a las pacientes, cuyos efectos a veces compiten con los repertorios que se quieren implantar, otros tipos de tratamiento que se sobreponen al que se está realizando y que repercuten tanto en la disponibilidad de las pacientes para asistir a uno u otro programa, como en una posible contaminación de efectos que puede tener uno sobre otro. Por todo esto se hace más conveniente el diseño de programas experimentales y de tratamiento más cortos y con un número menor de pacientes para procurar un control experimental mayor.

3.- Una tercera alternativa se basa en lo que citan Ayllon y Wright (1977) sobre la desprofesionalización como una alternati-

va a los programas de medicación y custodia y que surge además -- por una de las necesidades más latentes en las instituciones de nuestro país que es la falta de recursos humanos técnicamente -- preparados para conducir programas de tratamiento y rehabilitación que abarquen un número mayor de pacientes reclusos. Por lo que los diferentes niveles de desprofesionalización ya citados -- (ver pag. 4) podría ayudar a que se cubrieran dichas deficiencias, echando mano de los recursos con que se cuentan en el medio ambiente natural, como en el caso de este trabajo en el que se usaron pacientes como mediadores de un programa de modificación a falta de personal. Aunque esto no constituyó un objetivo explícito de esta investigación, los hallazgos del programa de modificación demostraron que las pacientes monitoras (M-I y M-II) alcanzaron porcentajes arriba del 80 % en conductas de monitoras y que estos hallazgos se vieron reflejados de diferentes maneras en el programa de evaluación. La mayoría de las conductas entrenadas fueron importantes porque de alguna u otra forma se observó un incremento en la interacción social de las pacientes en -- otros ambientes del mismo hospital (pabellón, comedor, etc.) y -- en la situación misma de evaluación. Esto es importante porque -- según su clasificación diagnóstica la mayoría de las pacientes -- psiquiátricas crónicas que participaron en el programa de evaluación, muestran poca interacción social y hasta características -- de mutismo y agresión, en algunos casos. De todo esto se deriva la importancia de evaluar los efectos de generalización de la -- conducta que ha sido entrenada en un ambiente particular a otros ambientes. Además de que las conductas entrenadas en el programa de repertorios pre-laborales compiten, por así decirlo, con muchas de las conductas problemas que muestran las pacientes, con lo cual queda justificado el empleo de dicho programa como parte de un tratamiento más general encaminado a la rehabilitación de

las pacientes.

Una alternativa más que surge de todo esto es el extender - el trabajo de desprofesionalización hacia el medio ambiente natural, tanto para una intervección temprana, como para la readaptación de las pacientes cuando son dadas de alta, involucrando a los familiares en los tratamientos. Estos factores podrían ser también de gran importancia para el trabajo de rehabilitación -- dentro de la institución.

Otra idea que podría ser comprobada mediante una buena investigación es el llevar a cabo procedimientos de auto-control - como una forma de desprofesionalización (Goldiamond, I., 1976) - en pacientes institucionalizados, pues hasta ahora sólo se ha hecho en problemas de tabaquismo, obesidad, etc. Todos ellos problemas de consulta externa, claro que es conveniente tomar en cuenta que no en todas las pacientes ni en todos los problemas -- puede llevarse a cabo algo como lo aquí planteado.

A P E N D I C E I

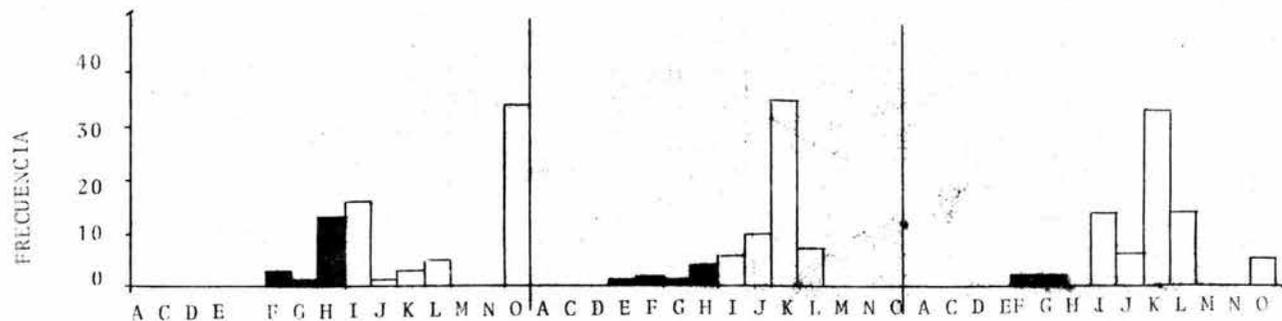
GRAFICAS DE COMPARACION DE REGISTROS

REGISTRO MANUAL

PACIENTE 5

PACIENTE 6

PACIENTE f

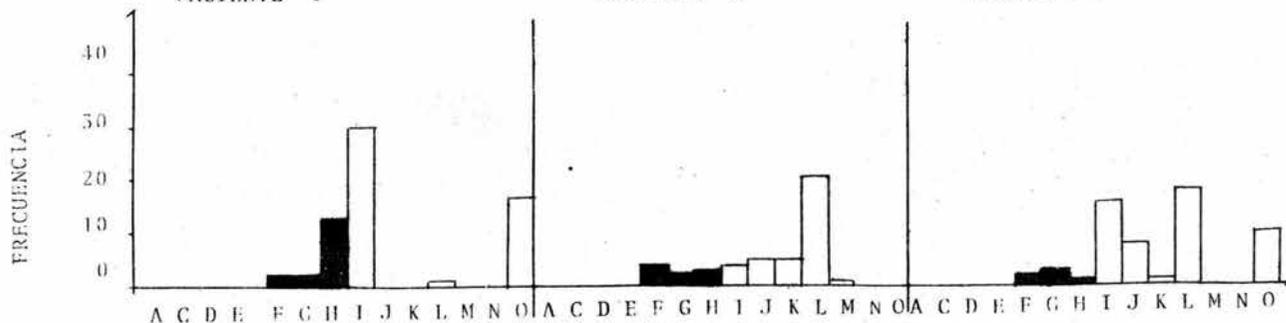


REGISTRO ELECTRICO

PACIENTE 5

PACIENTE 6

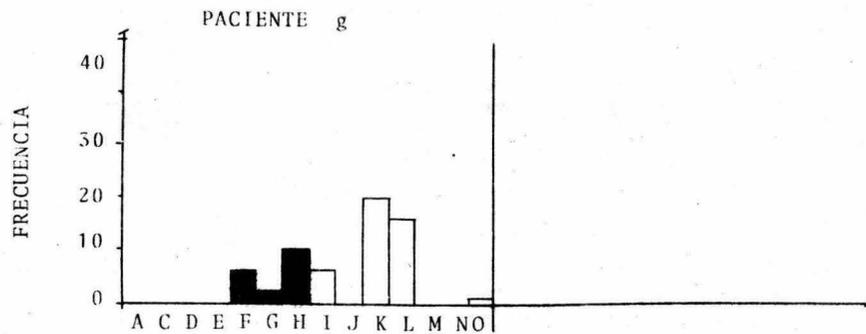
PACIENTE f



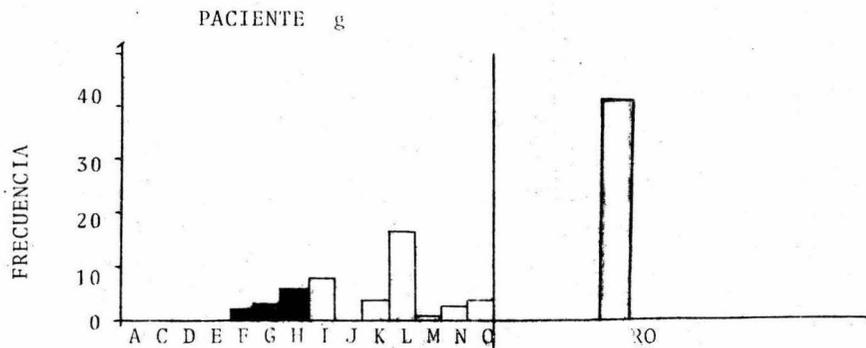
547

MUESTRA DE LA FASE DE LINEA BASE PARA COMPARACION ENTRE REGISTROS MANUAL Y ELECTRICO. CORRESPONDIENTE AL GRUPO 4 INCLUIDAS Y NO INCLUIDAS SIN MONITOR.

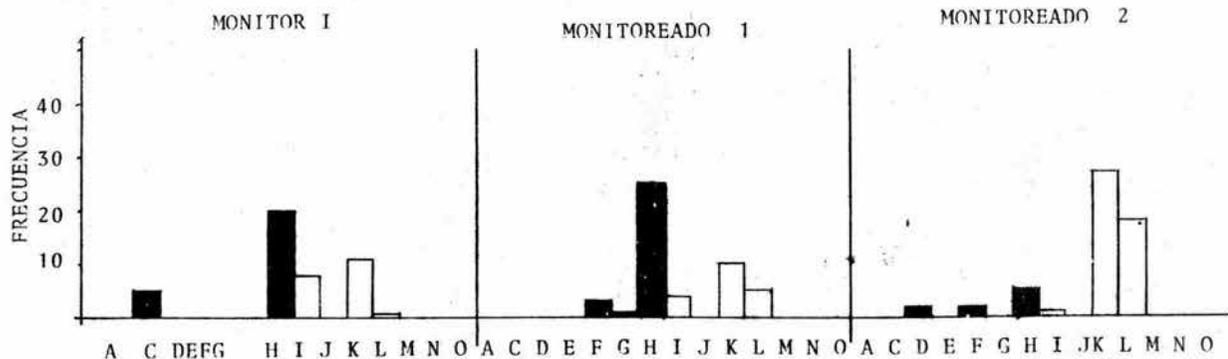
REGISTRO MANUAL



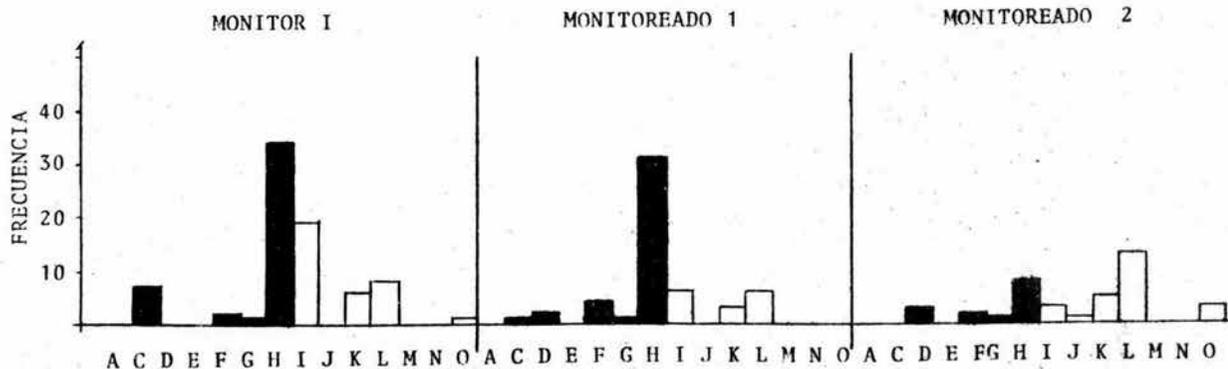
REGISTRO ELECTRICO



REGISTRO MANUAL.

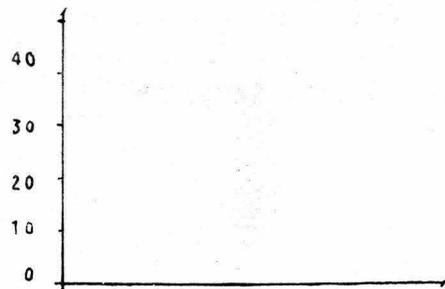


REGISTRO ELECTRICO.

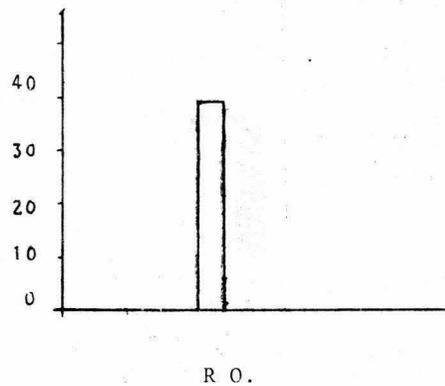


MUESTRA FASE DE ENTRENAMIENTO PARA COMPARACION
 - REGISTROS, MANUAL Y ELECTRICO CORRESPONDIENTE AL
 GRUPO 1 DEL MONITOR I (GRUPO INCOMPLETO)

REGISTRO MANUAL.



REGISTRO ELECTRICO.

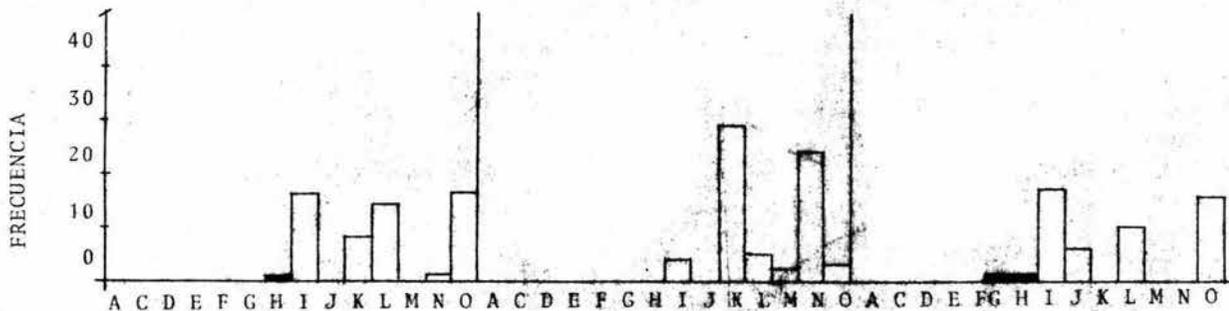


REGISTRO MANUAL

PACIENTE 5

PACIENTE 6

PACIENTE f

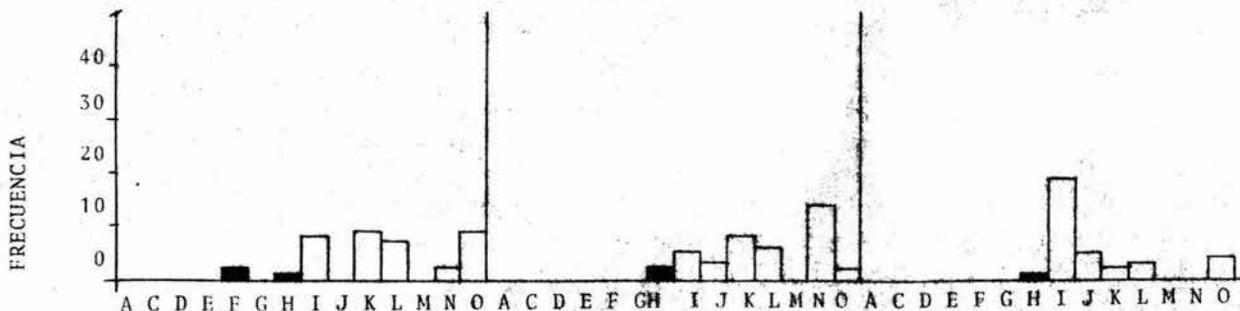


REGISTRO ELECTRICO

PACIENTE 5

PACIENTE 6

PACIENTE f

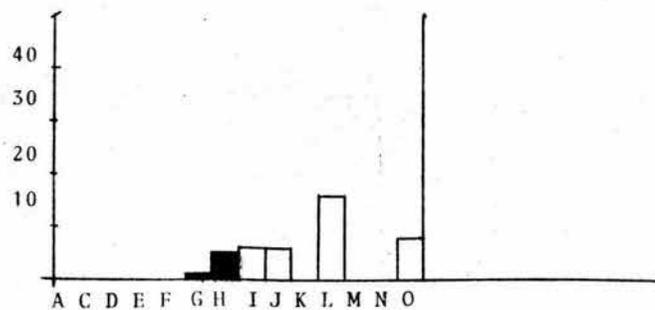


651

MUESTRA DE LA FASE DE ENTRENAMIENTO PARA COMPARACION ENTRE REGISTRO MANUAL Y ELECTRICO, CORRESPONDIENTE AL GRUPO 4 INCLUIDAS Y NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.

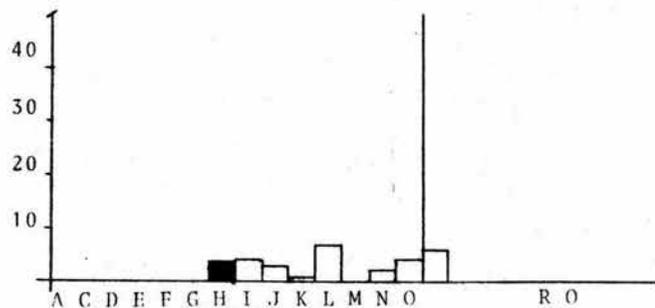
REGISTRO MANUAL

PACIENTE g

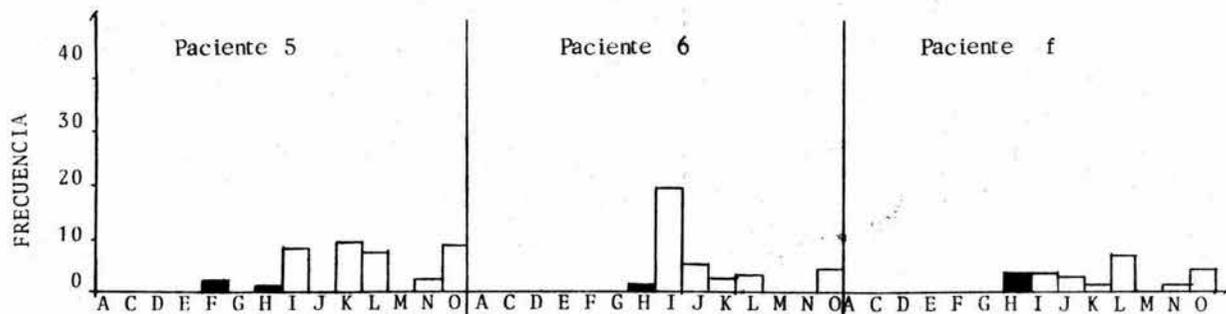


REGISTRO ELECTRICO

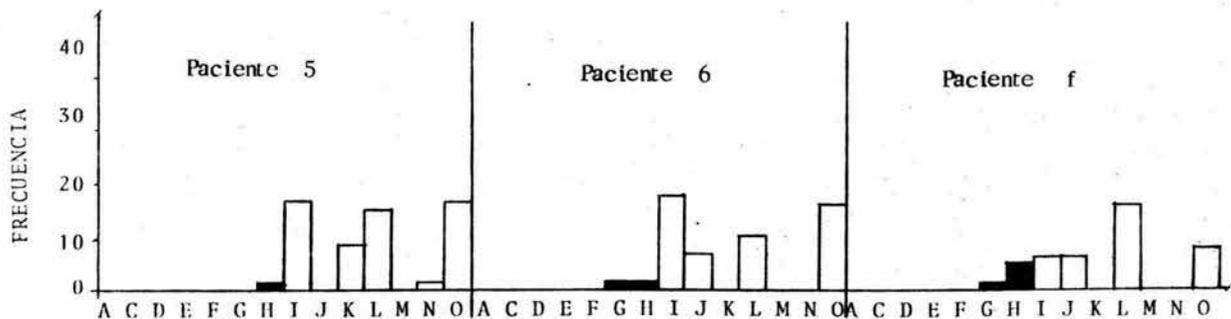
PACIENTE g



REGISTRO ELECTRICO

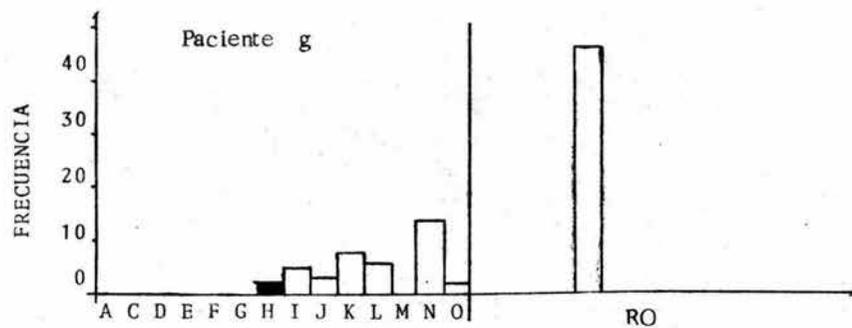


REGISTRO MANUAL

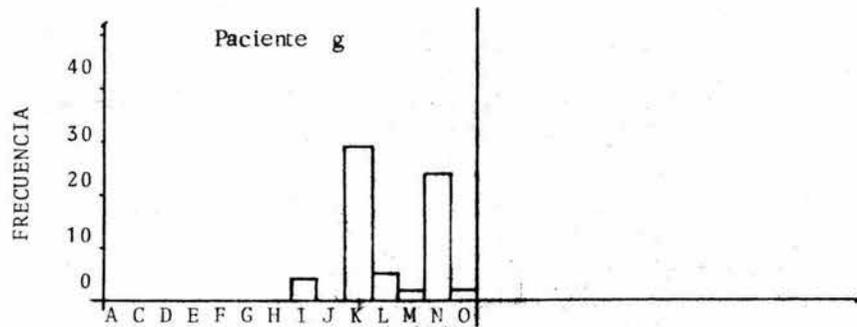


MUESTRA DE LA FASE DE POST-ENTRENAMIENTO PARA COMPARACION ENTRE REGISTRO MANUAL Y ELECTRICO CORRESPONDIENTE AL GRUPO 4 INCLUIDAS Y NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.

REGISTRO ELECTRICO

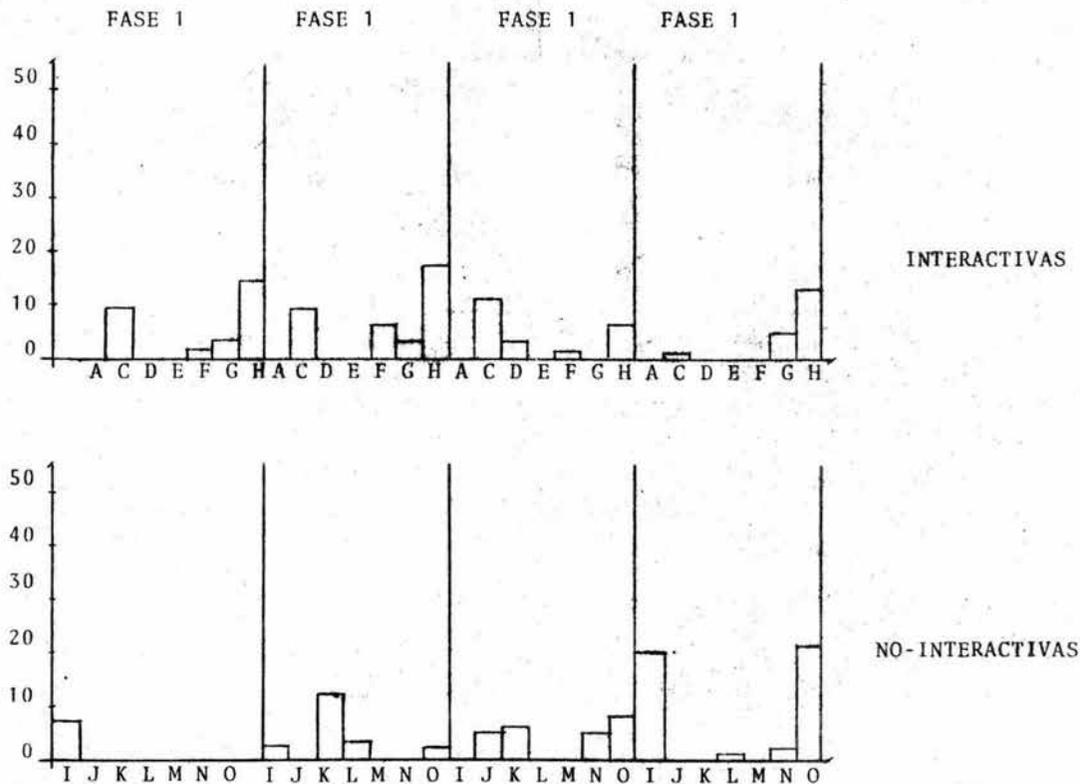


REGISTRO MANUAL

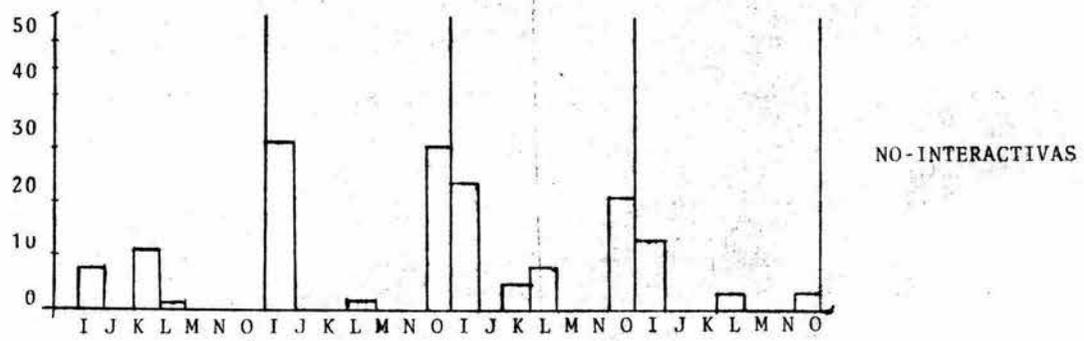
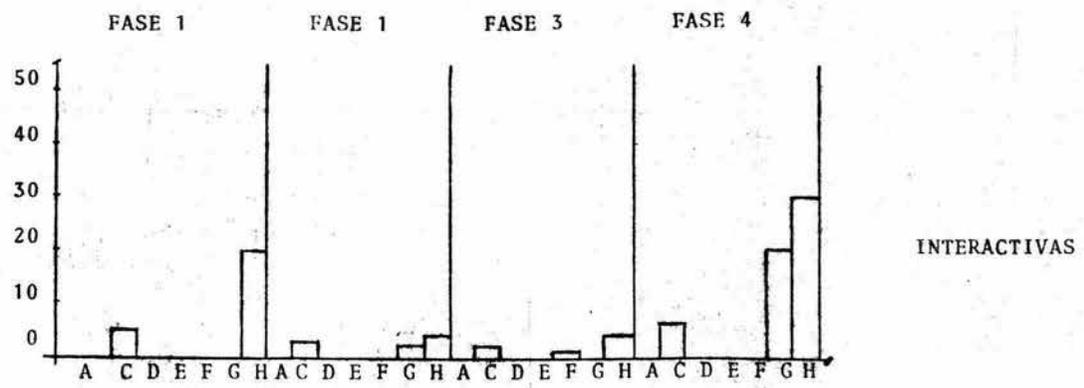


A P E N D I C E I I

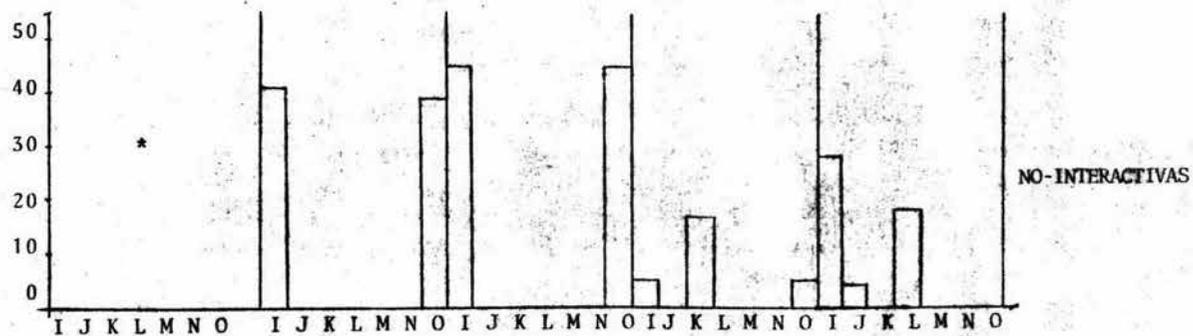
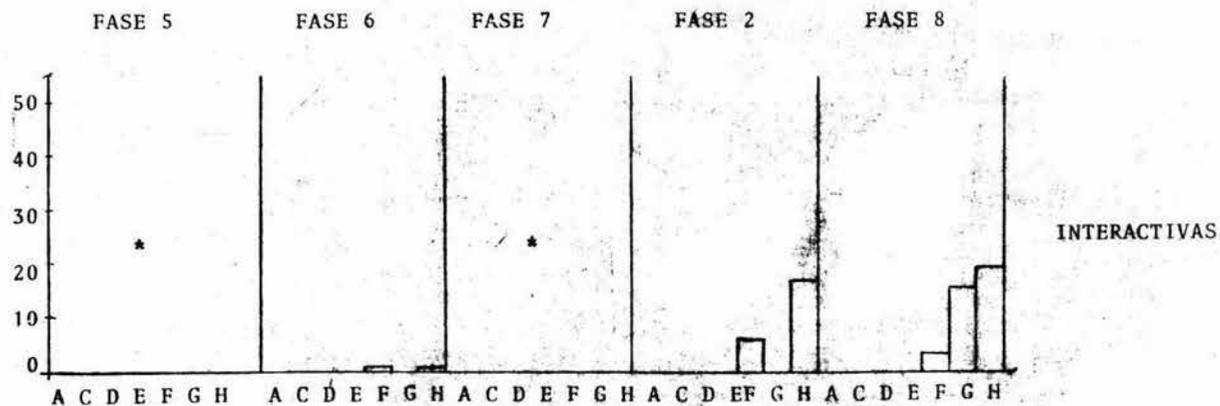
GRAFICAS DEL PROGRAMA DE EVALUACION
Y CONFIABILIDAD



MONITOR I LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA MONITOR - INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y PERTENECIENTE AL GRUPO 1.

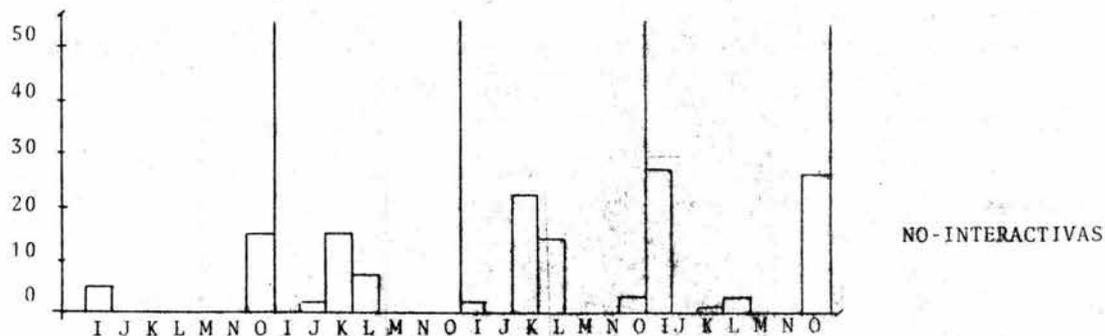
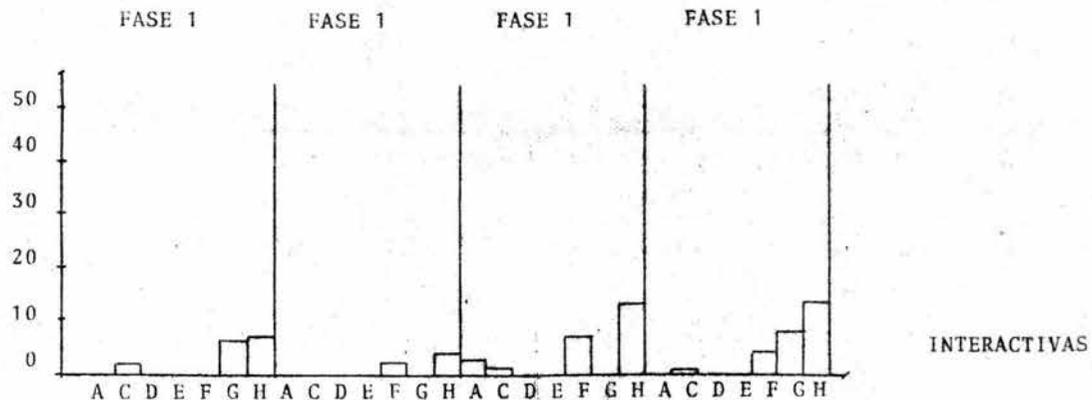


MONITOR I

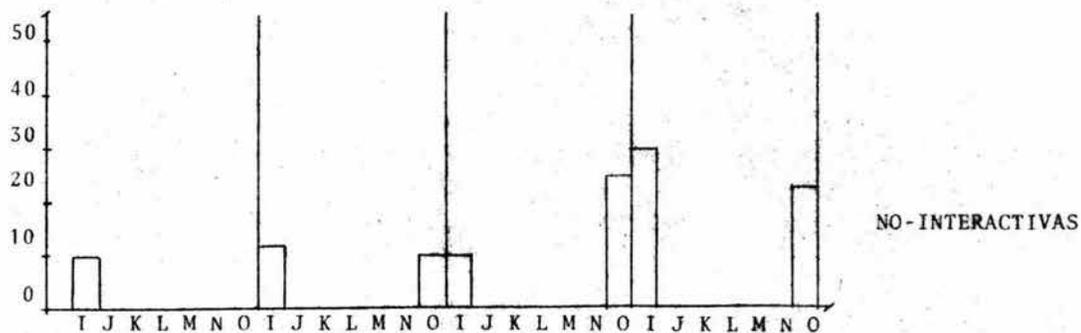
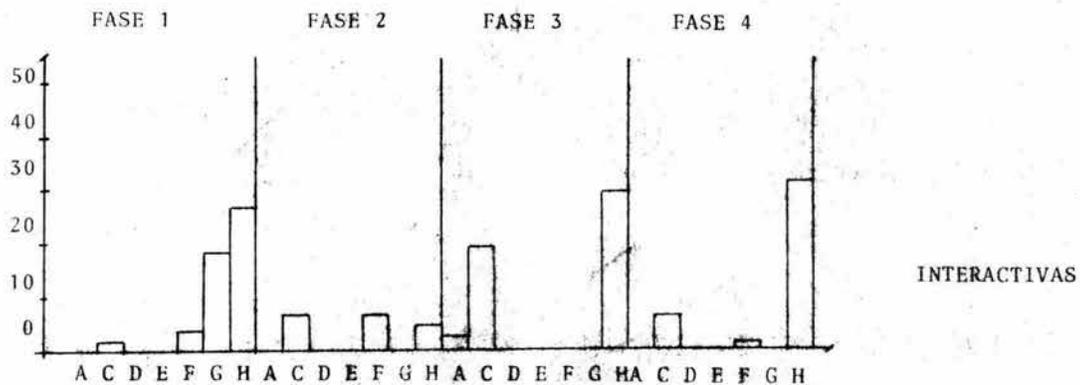


MONITOR I

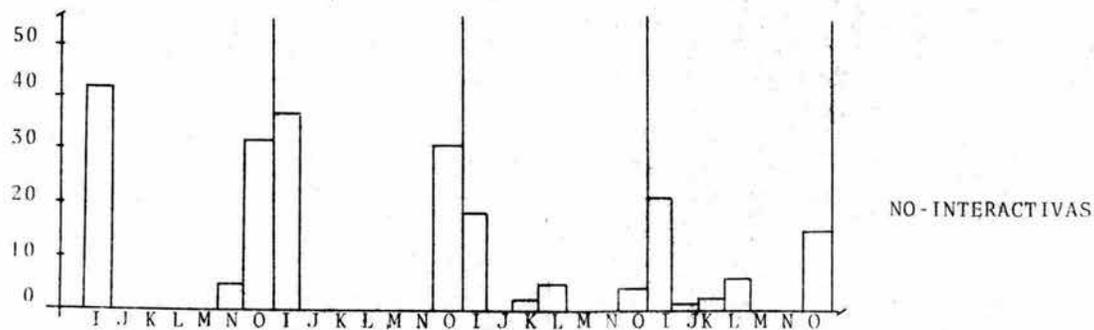
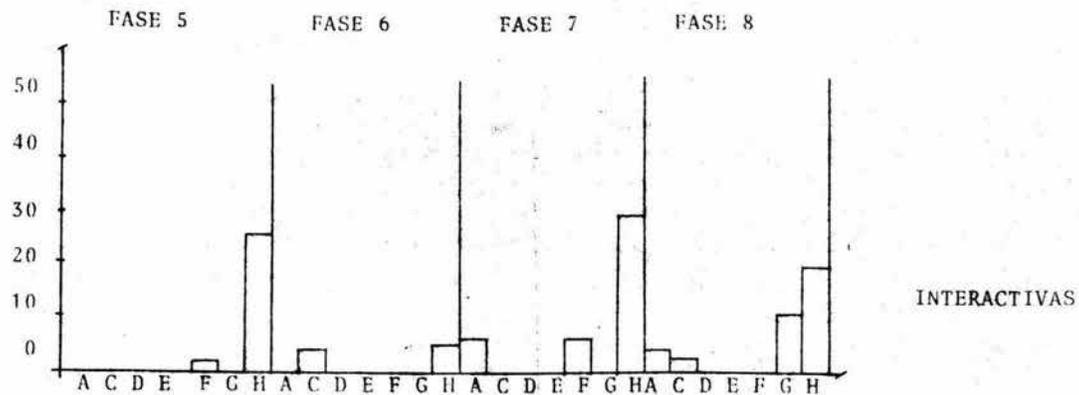
* LA PACIENTE NO ASISTIO



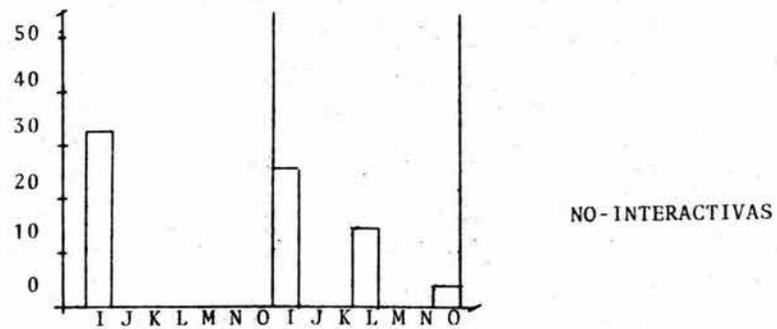
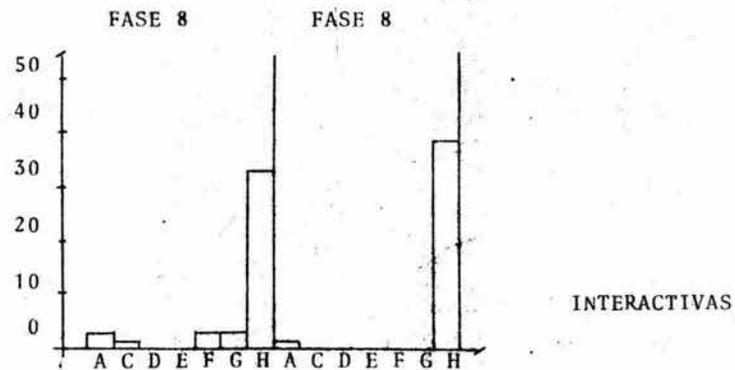
MONITOR II MUESTRA LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVOS Y NO-INTERACTIVOS DE ESTA MONITOR INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y PERTENECIENTE AL GRUPO 3.



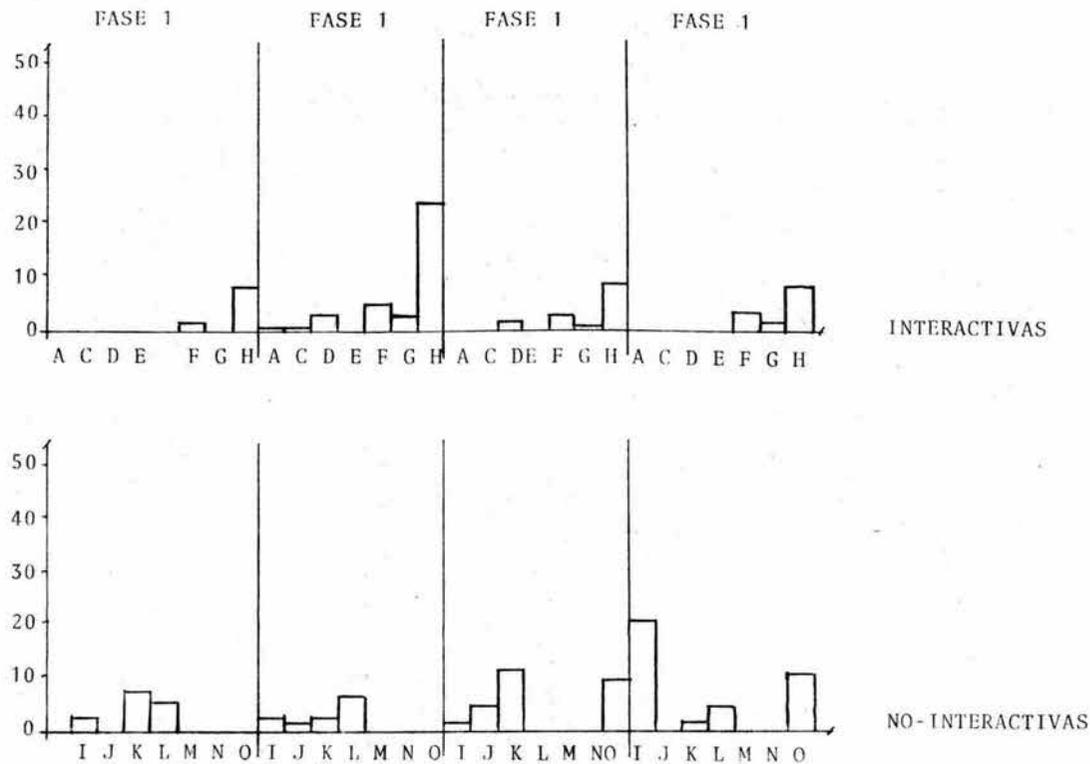
NONITOR II



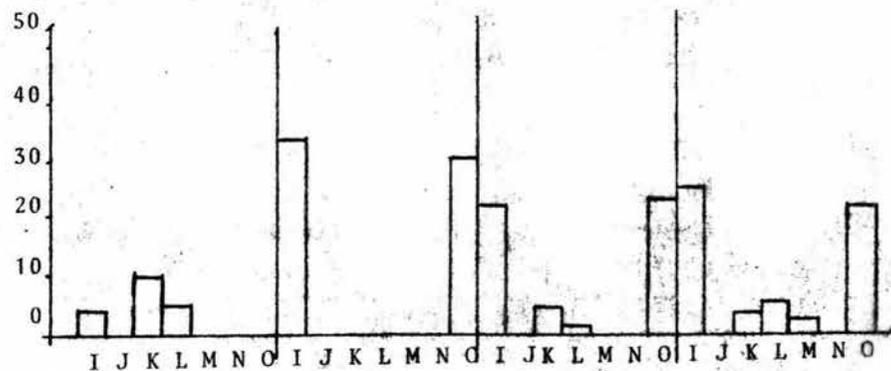
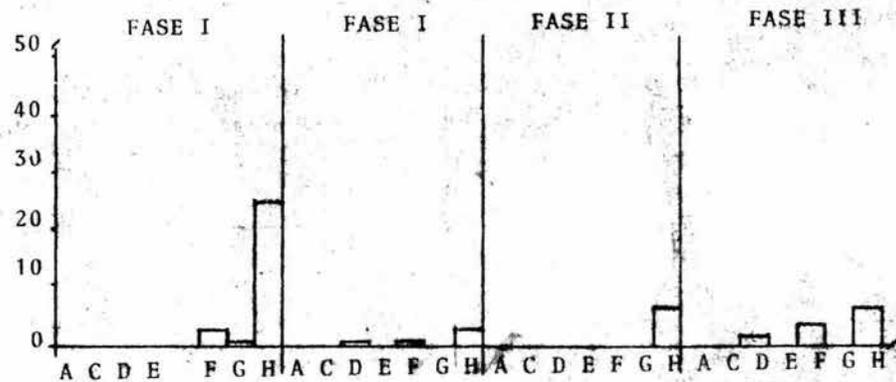
MONITOR II

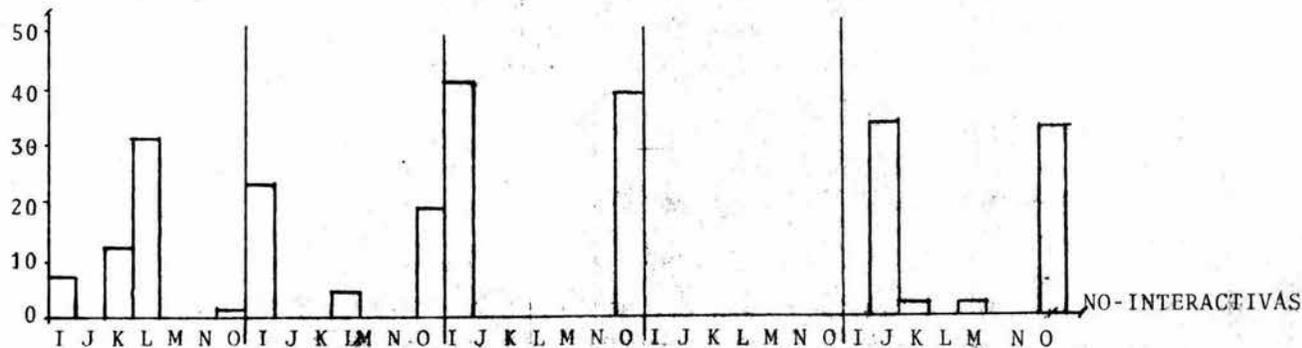
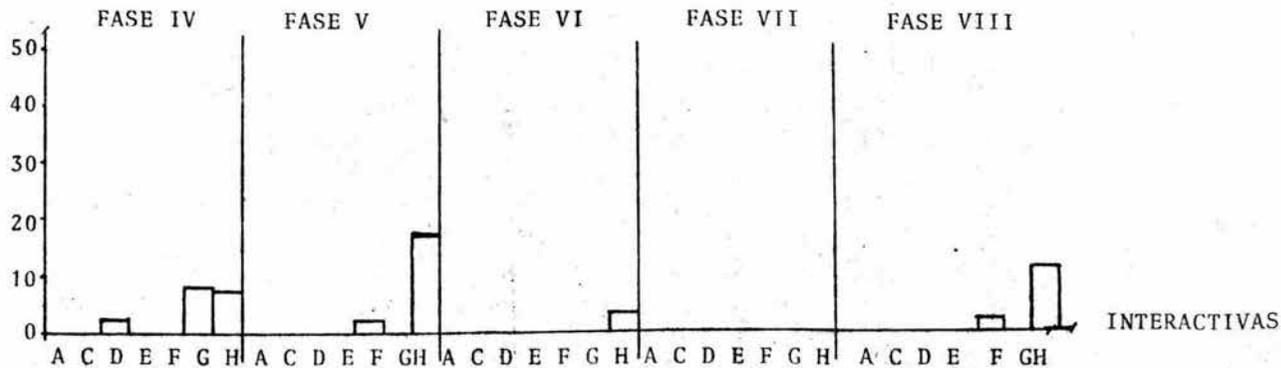


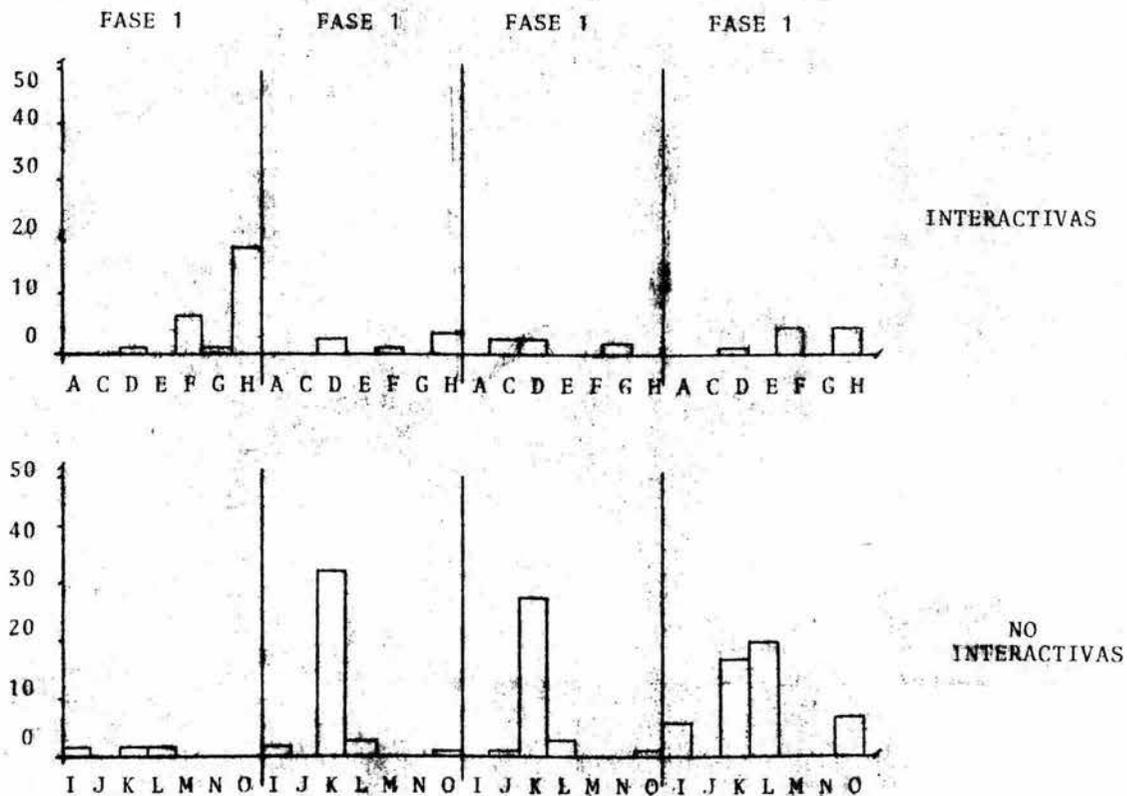
MONITOR 11



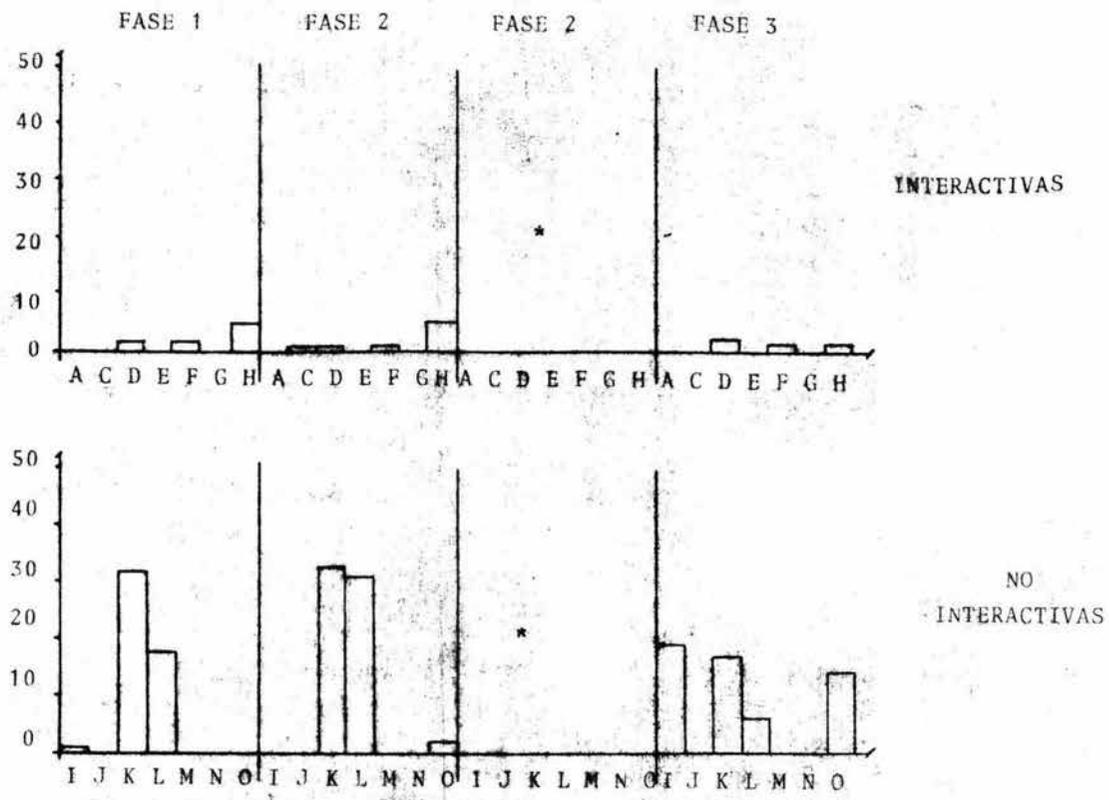
MONITOREADO 1. LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVOS Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y ADEMAS PERTENECIENTE AL GRUPO 1 DEL MONITOR 1 (M-1).





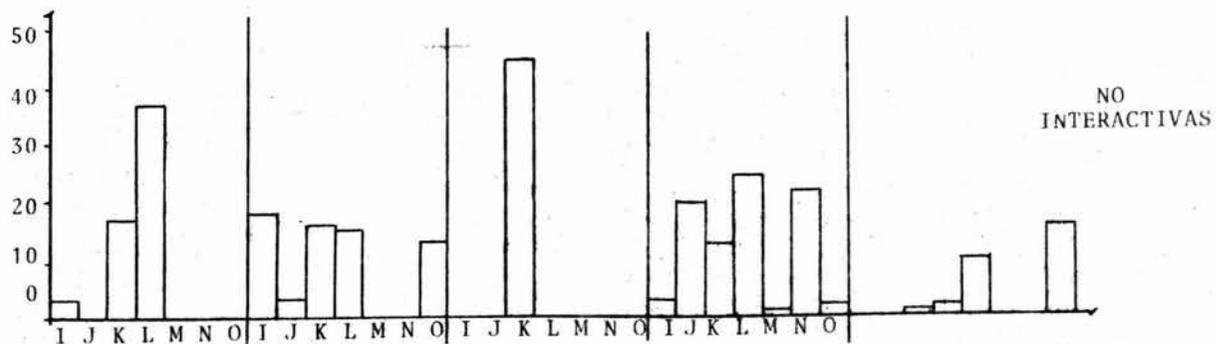
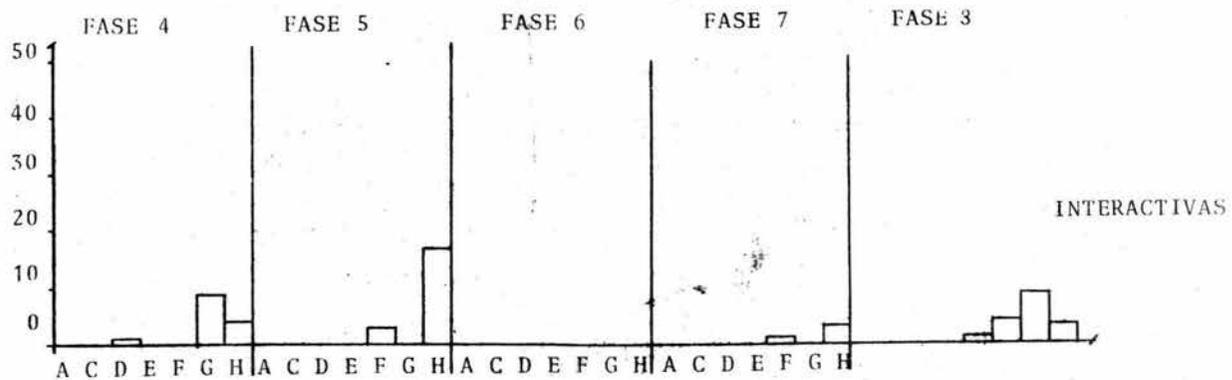


PACIENTE 2 LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVOS Y NO-INTERACTIVOS DE ESTA PACIENTE INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y ADEN MAS PERTENECIENTE AL GRUPO 1 DEL MONITOR I (M-I).

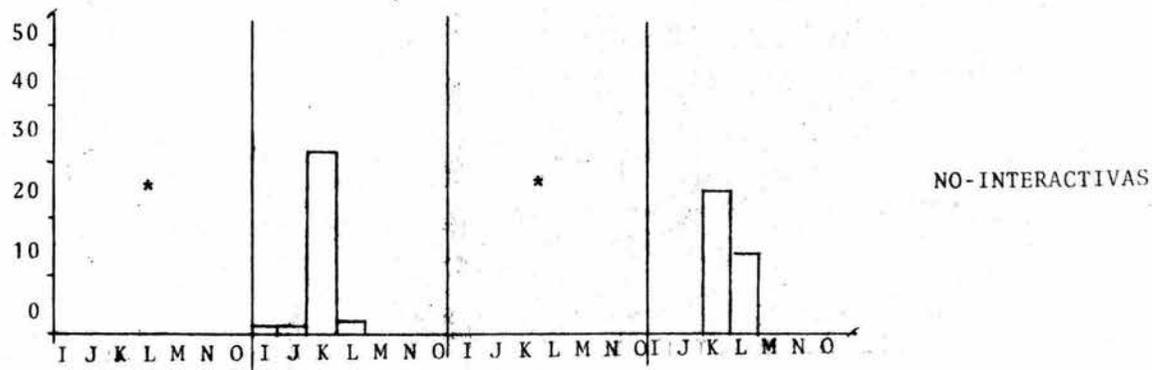
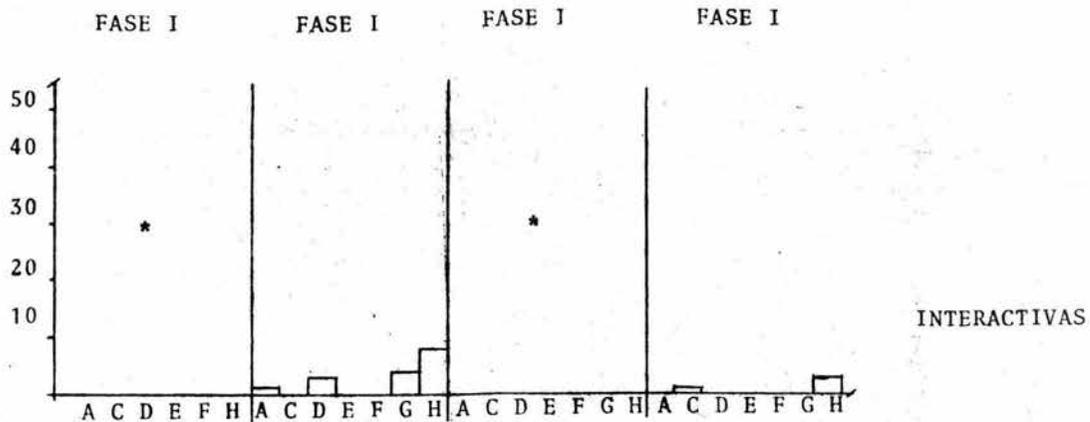


PACIENTE 2

* NO ASISTIO LA PACIENTE.

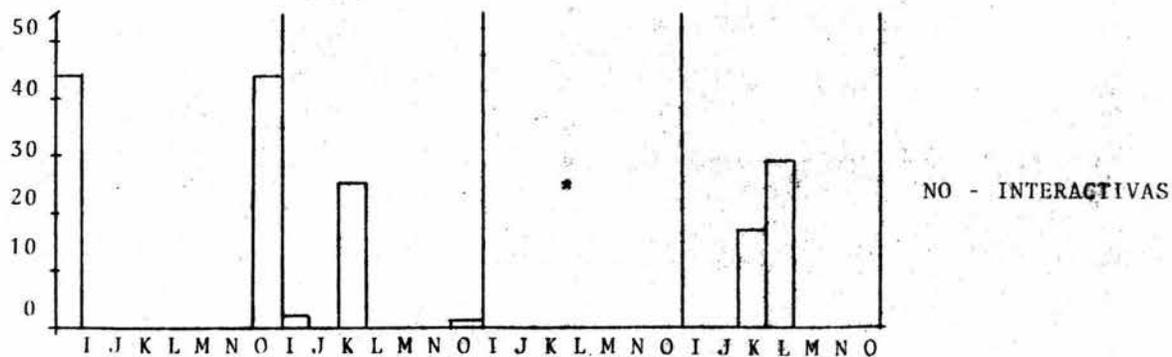
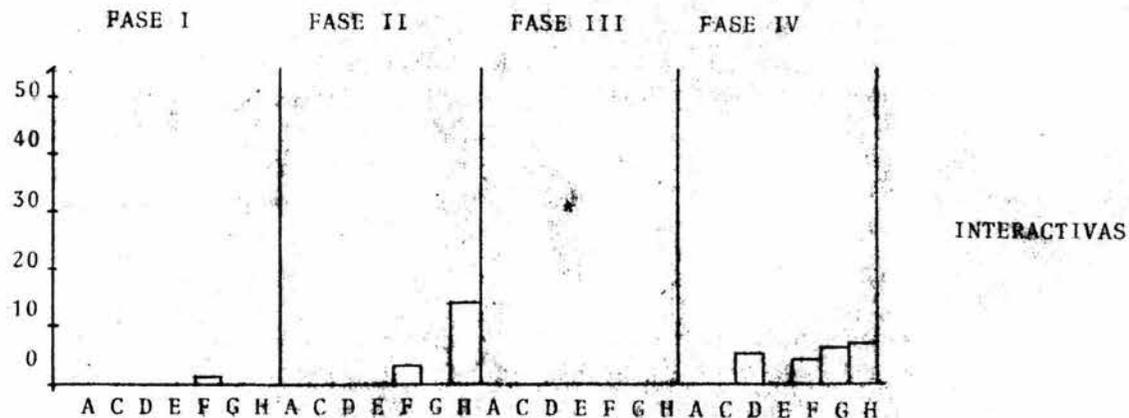


PACIENTE 2



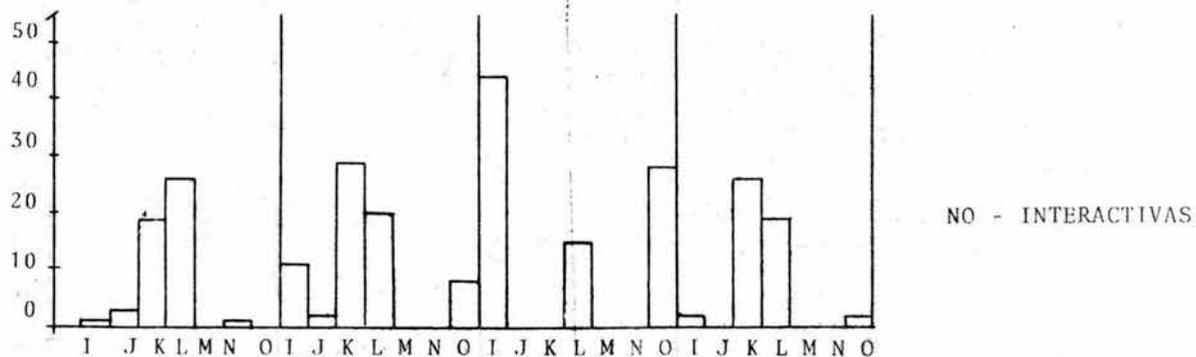
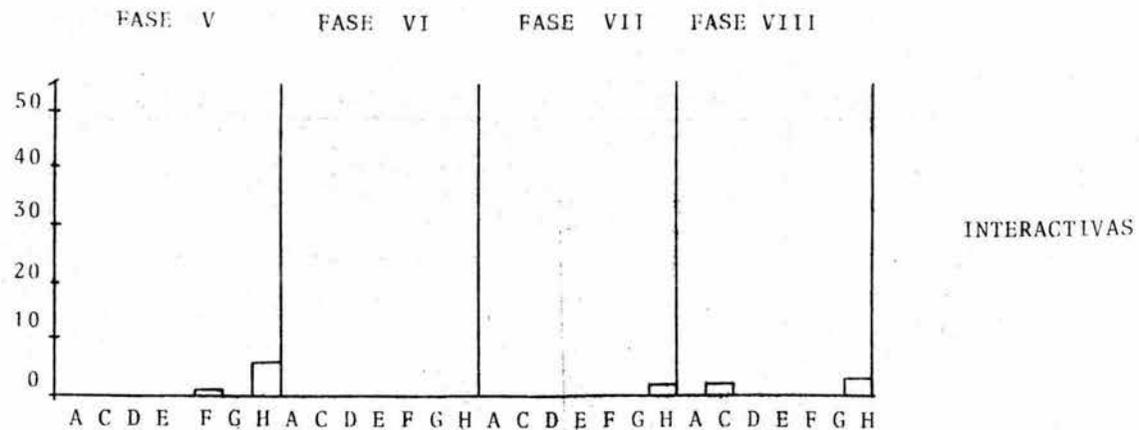
PACIENTE 3: LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE - INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y ADE--MAS PERTENECE AL GRUPO 1 DEL MONITOR 1 (M-1)

* NO ASISTIO LA PACIENTE.

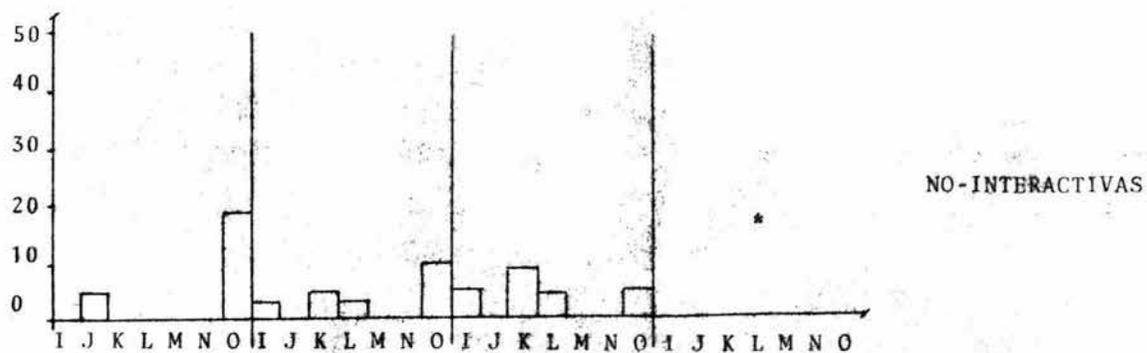
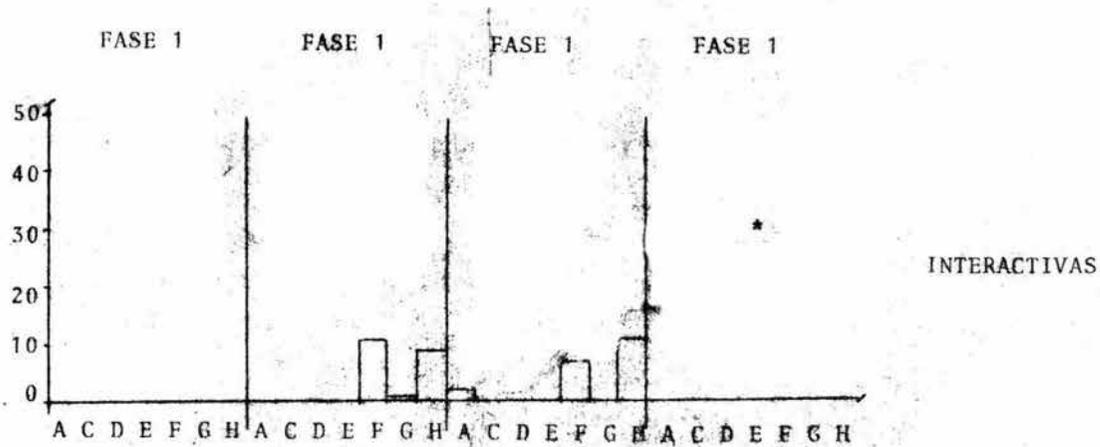


PACIENTE 3

* NO ASISTIO LA PACIENTE..

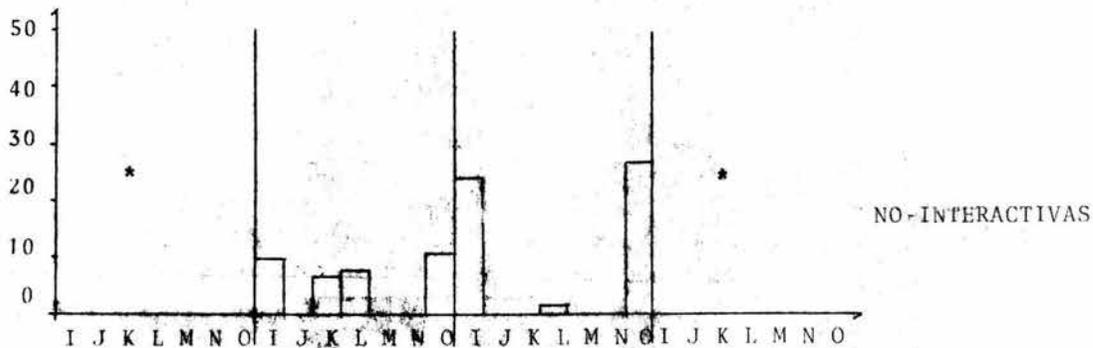
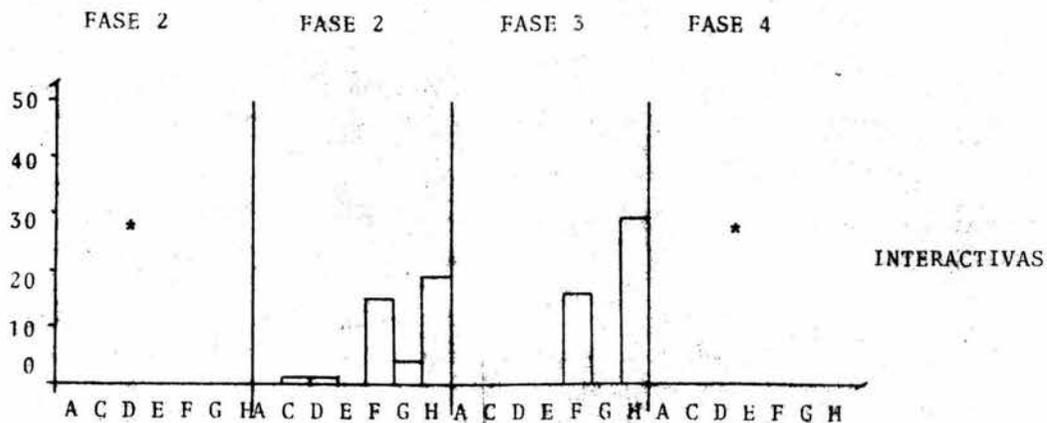


PACIENTE 3



PACIENTE 4 LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE, INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y ADE--MAS PERTENECIENTE AL GRUPO 3 DEL MONITOR II (M-II)

* LA PACIENTE NO ASISTIO.



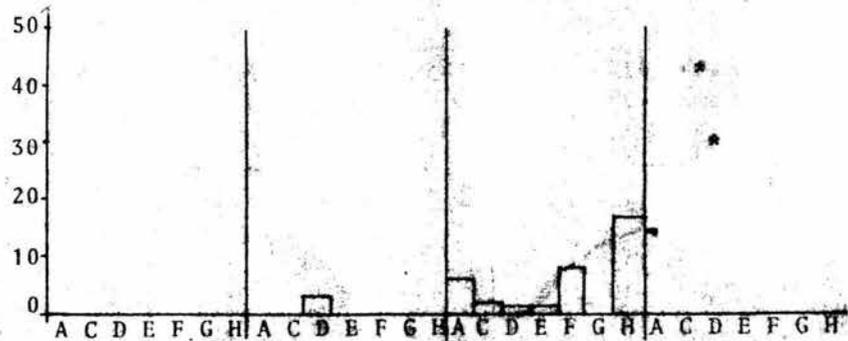
* LA PACIENTE NO SE PRESENTO

FASE 5

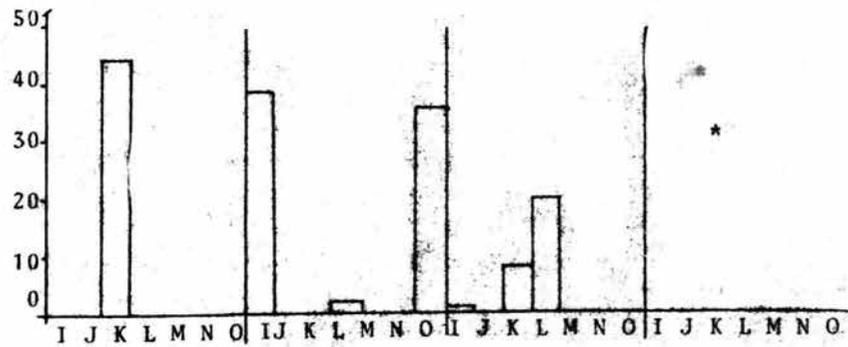
FASE 6

FASE 7

FASE 8



INTERACTIVAS



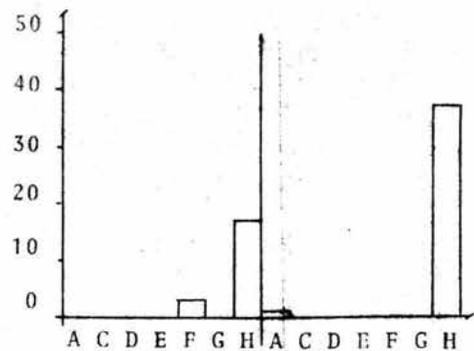
NO-INTERACTIVAS

PACIENTE 4

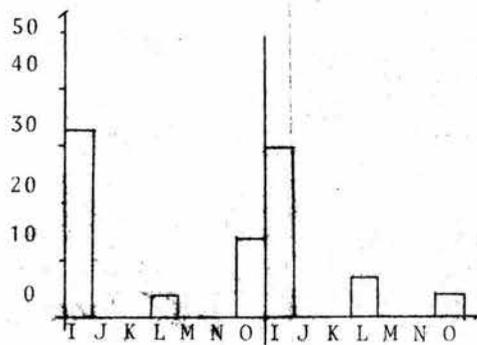
* LA PACIENTE NO ASISTIO

FASE 8

FASE 8

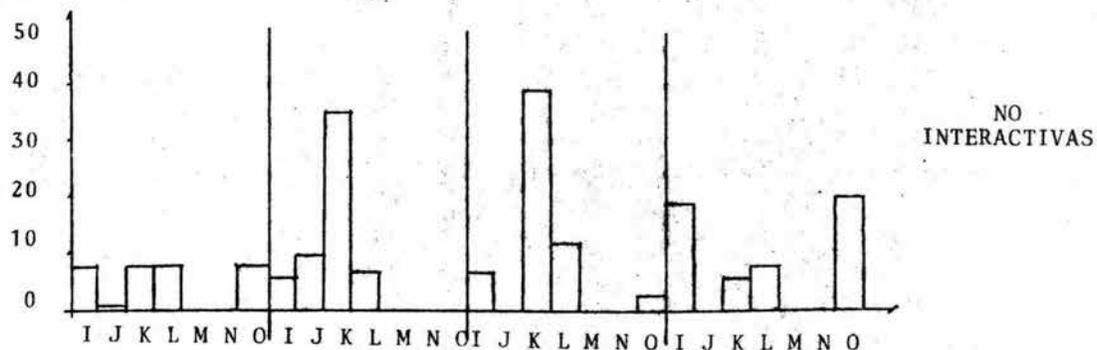
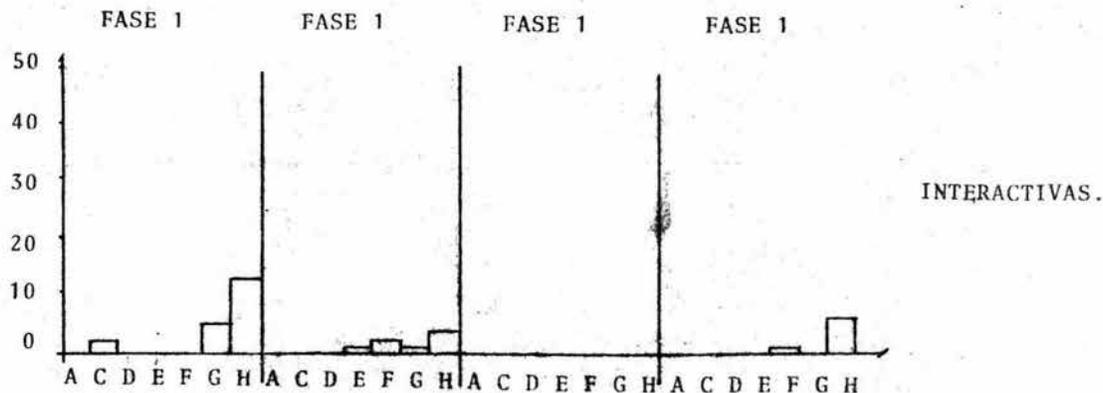


INTERACTIVAS

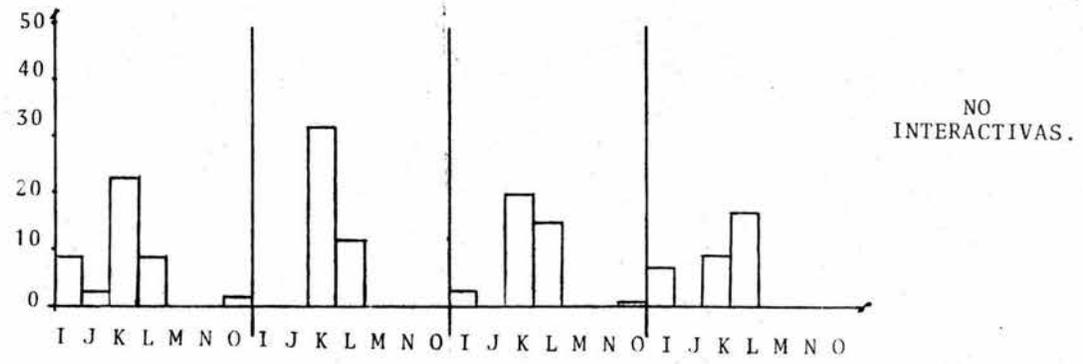
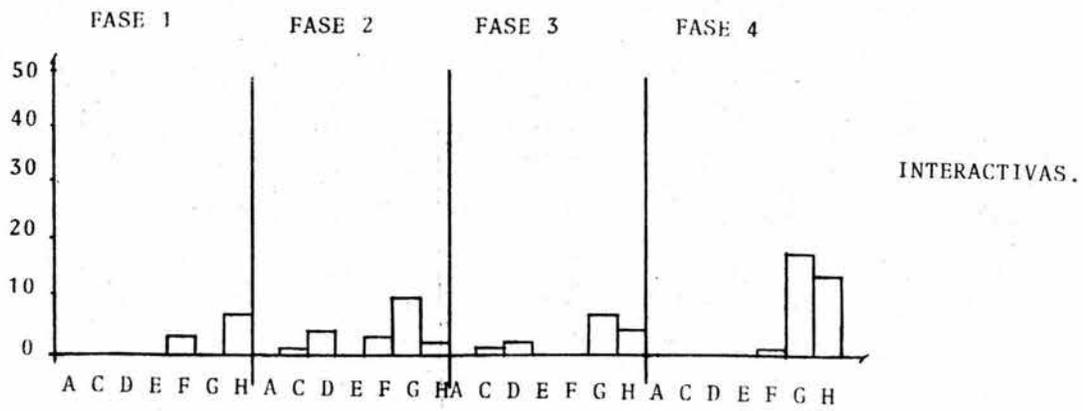


NO-INTERACTIVAS

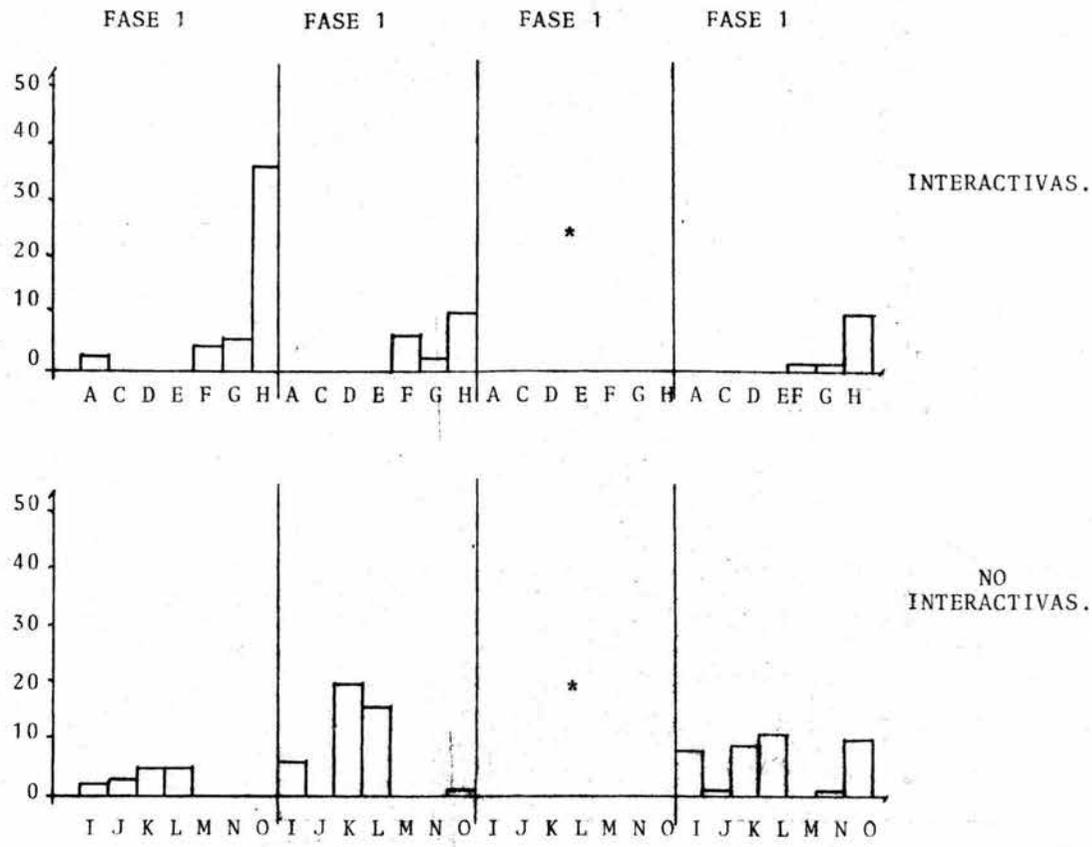
PACIENTE 4



PACIENTE 5 LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION, EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE - INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y PERTENECIENTE AL GRUPO 4 INCLUIDAS Y NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.

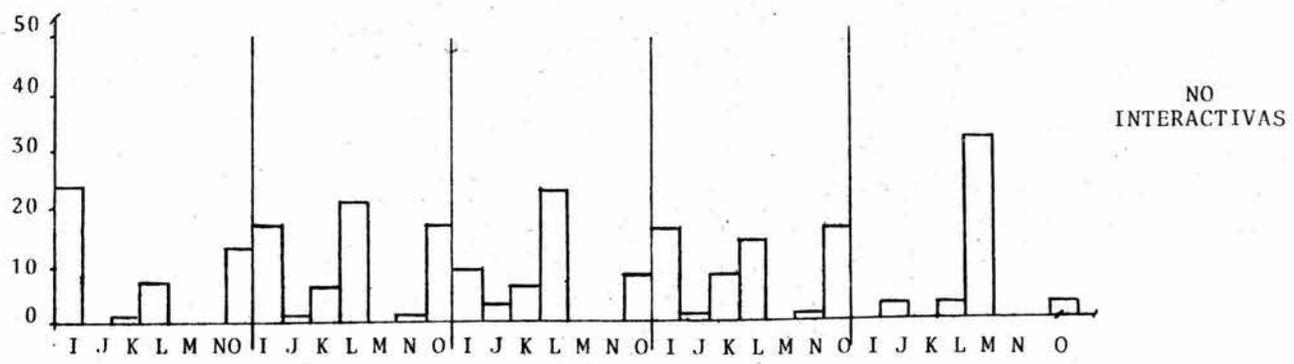
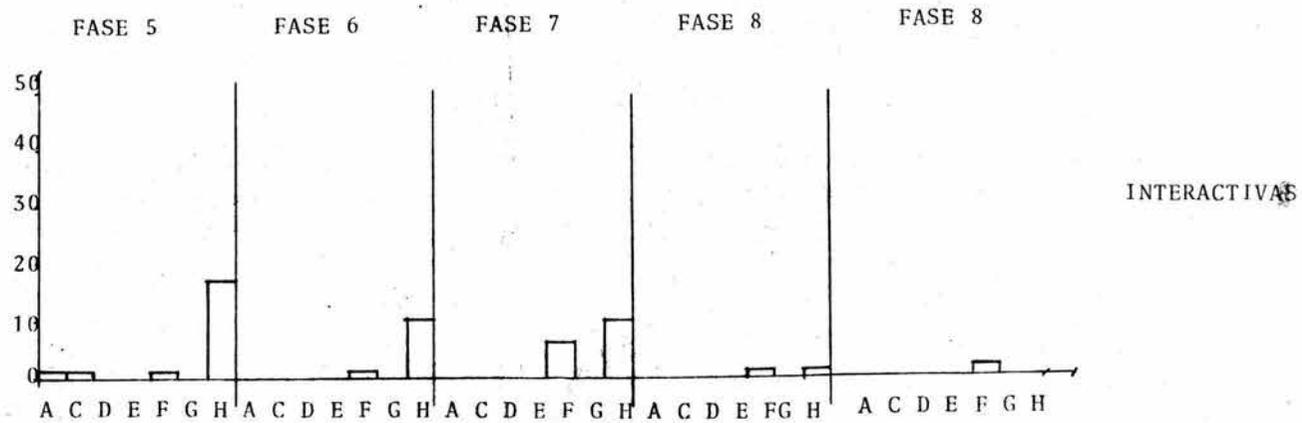


PACIENTE 5

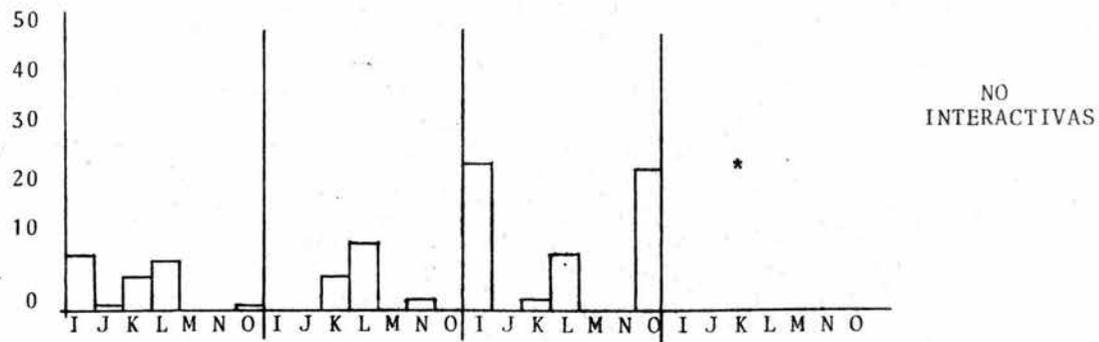
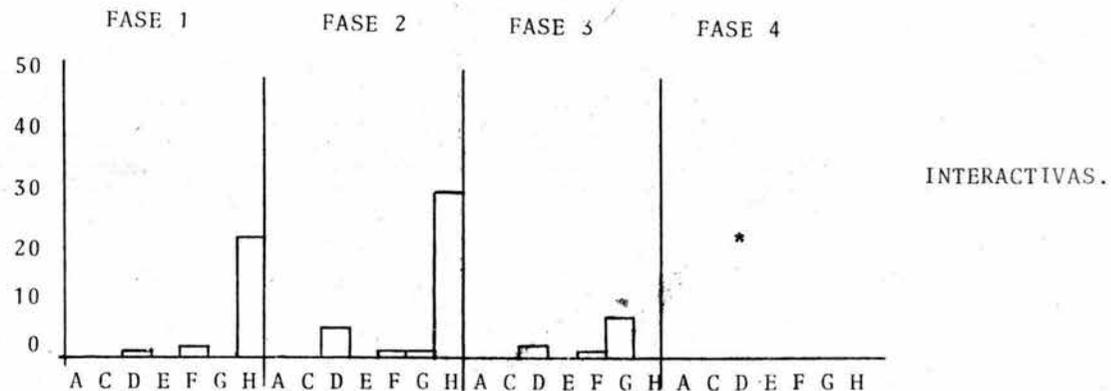


PACIENTE 6 LA FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE- INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA Y PERTENECIENTE AL GRUPO 4 INCLUIDAS Y NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.

* LA PACIENTE NO ASISTIO.

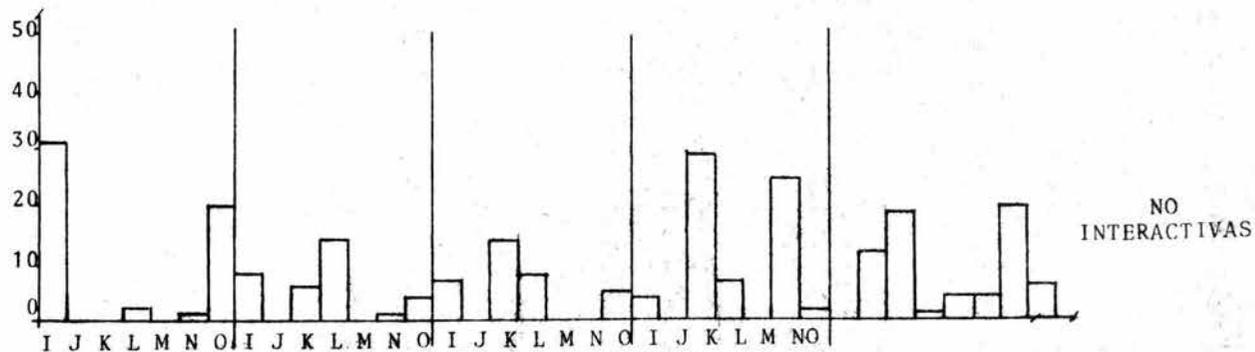
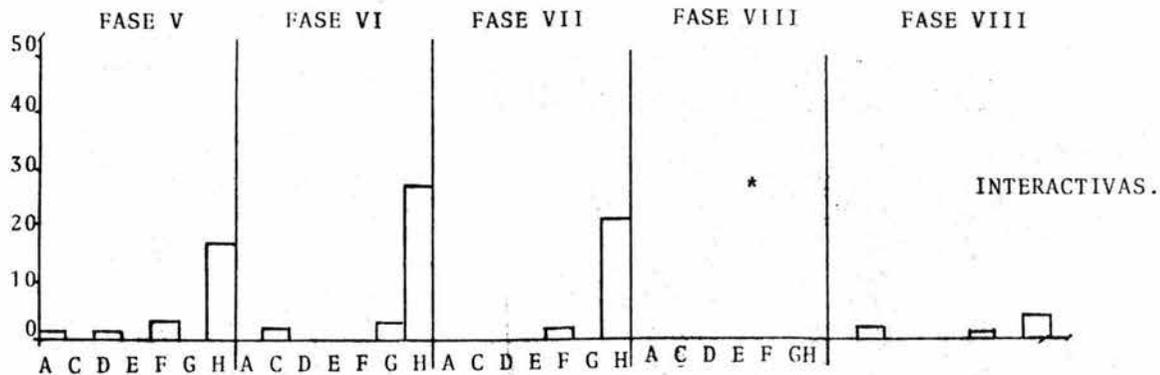


PACIENTE 5



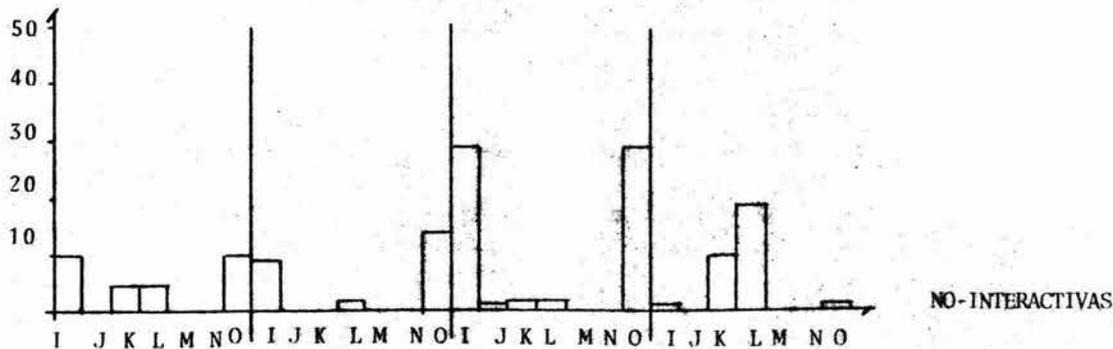
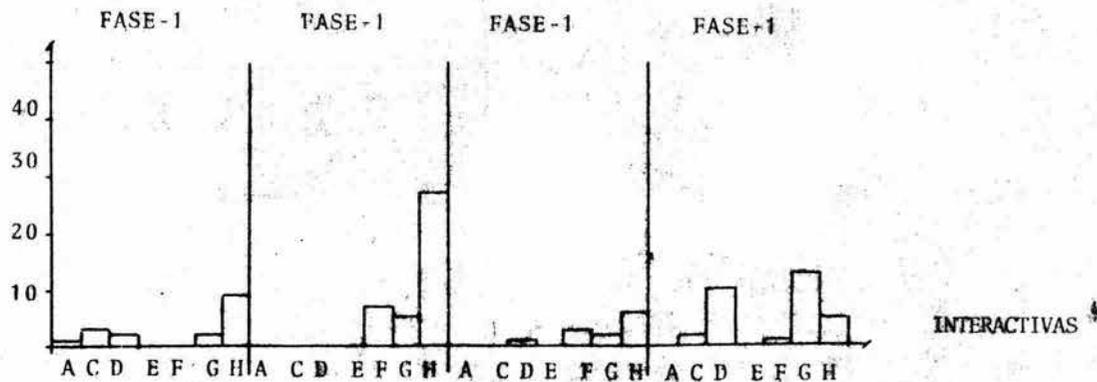
PACIENTE 6

* LA PACIENTE NO ASISTIO

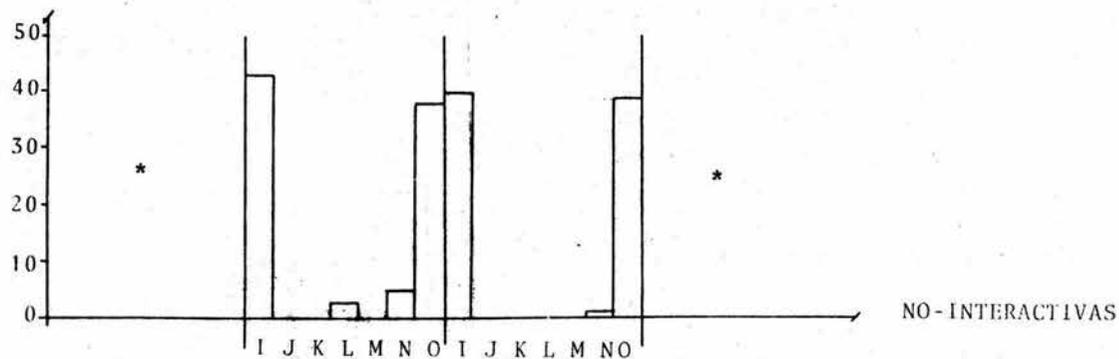
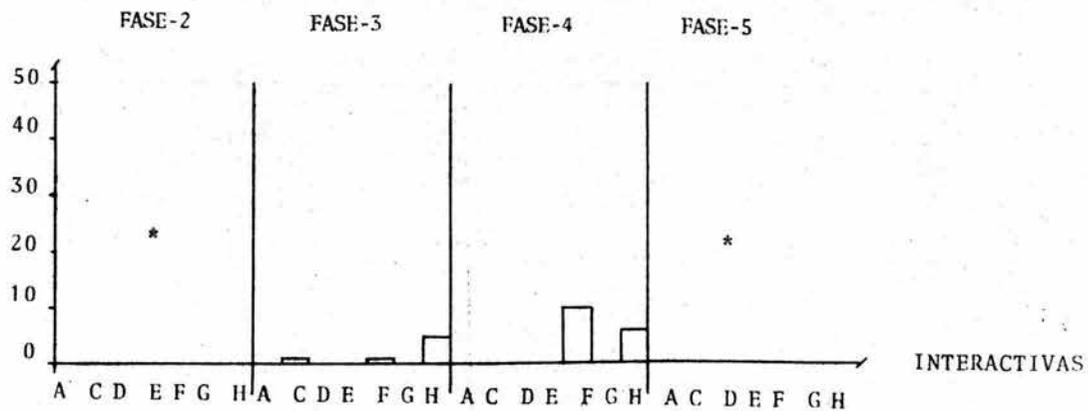


PACIENTE 6

* NO SE REGISTRO ESTE TIPO DE CONDUCTAS.

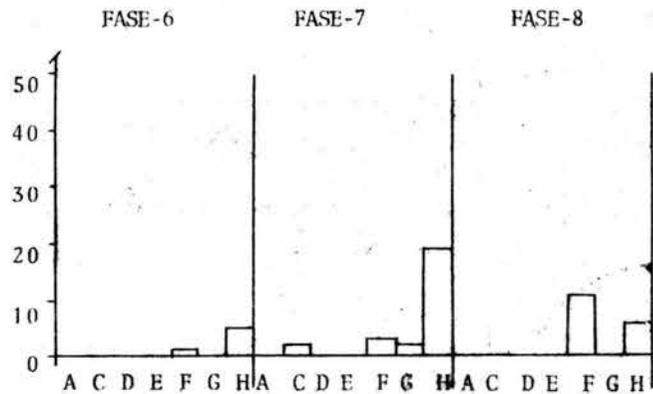


PACIENTE (a) FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION DE ESTÁ PACIENTE NO INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE REPERTORIOS PRE-LABORALES Y PERTENE CIENTE AL GRUPO 2 EN EL QUE TODAS LAS PACIENTES ERAN NO-INCLUIDAS.

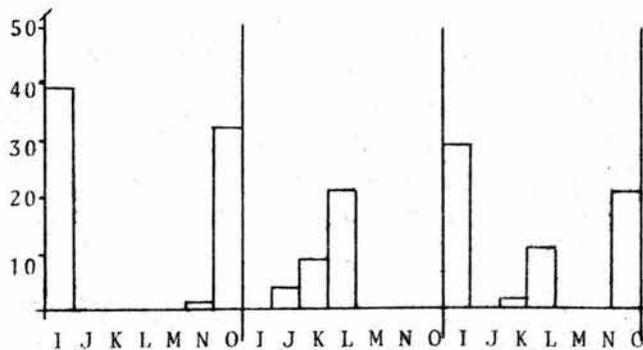


PACIENTE (a)

* NO ASISTIO LA PACIENTE

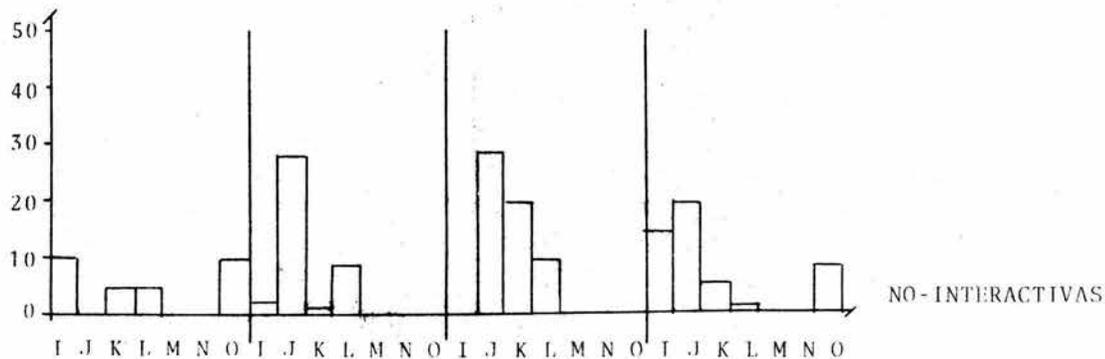
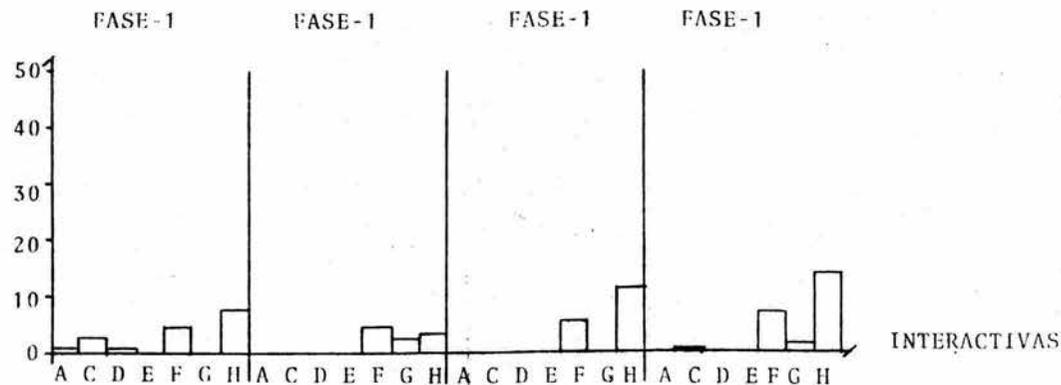


INTERACTIVAS

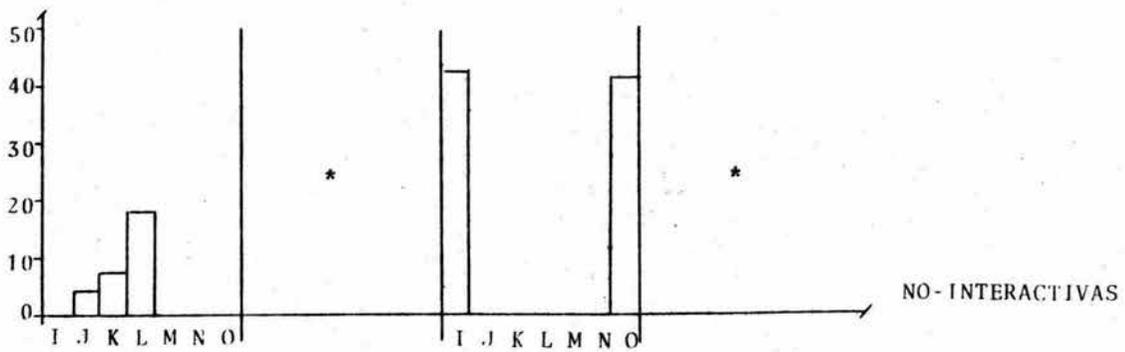
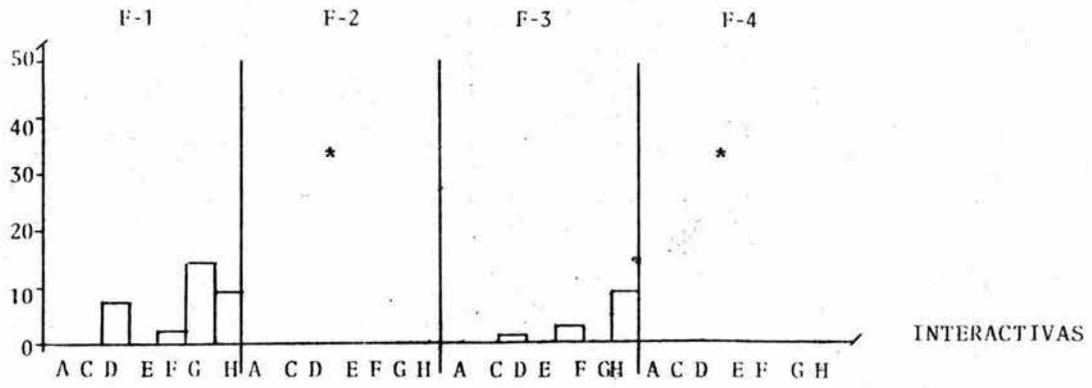


NO-INTERACTIVAS

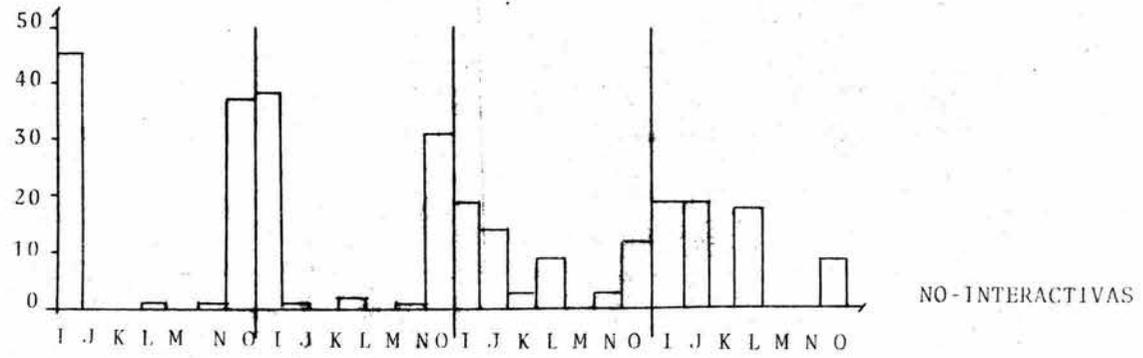
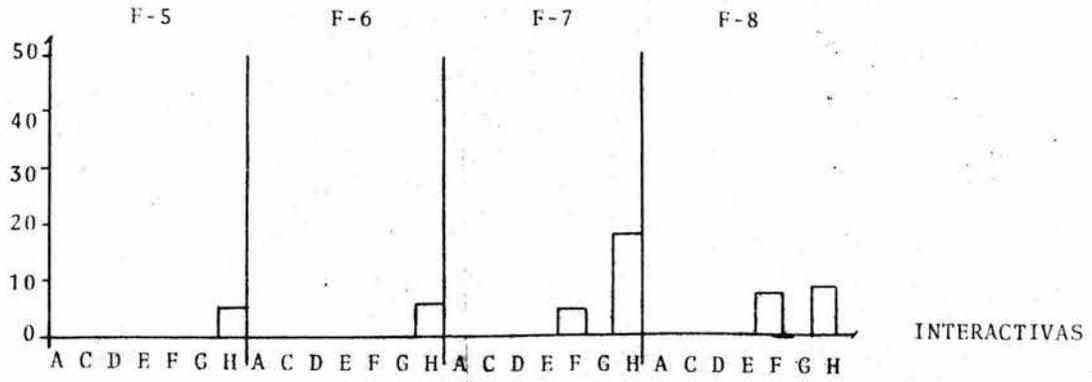
PACIENTE (a)



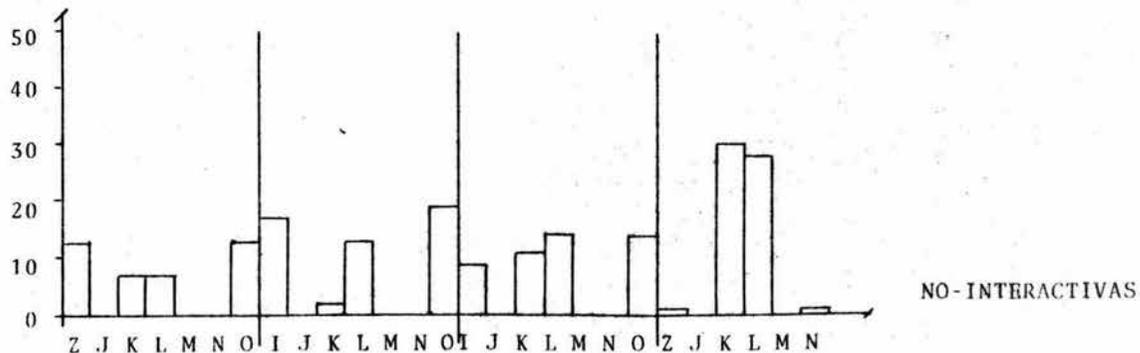
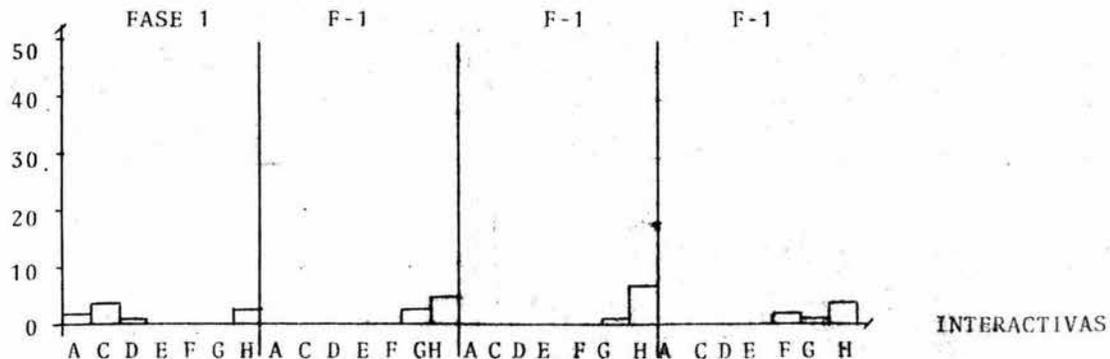
PACIENTE (b) NO INCLUIDA. - FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION DE ESTA PACIENTE NO-INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE REPERTORIOS PRE-LABORALES Y PERTENECIENTES AL GRUPO 2 EN EL QUE TODAS LAS PACIENTES ERAN NO INCLUIDAS.



PACIENTE (b)
 * NO ASISTIO LA PACIENTE

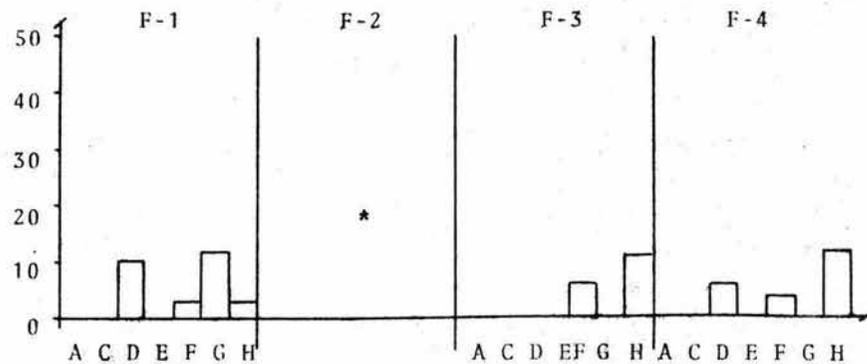


PACIENTE (b)

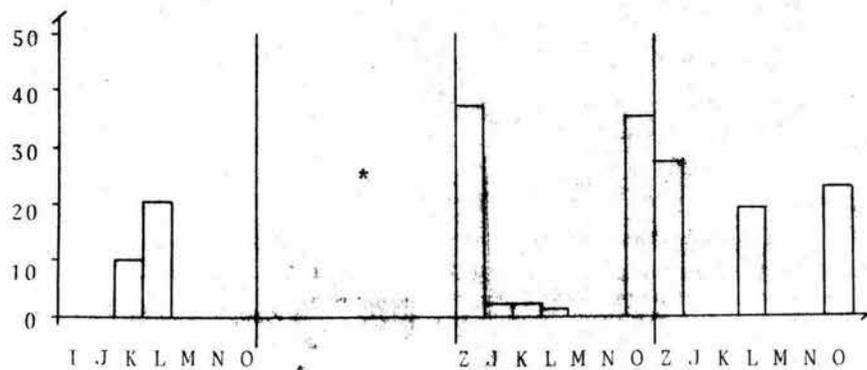


PACIENTE (c)

FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION DE ESTA PACIENTE NO INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE REPERTORIOS PRE-LABORALES Y PERTENECIENTE AL GRUPO 2 EN EL QUE TODAS LAS PACIENTES ERAN NO-INCLUIDAS.



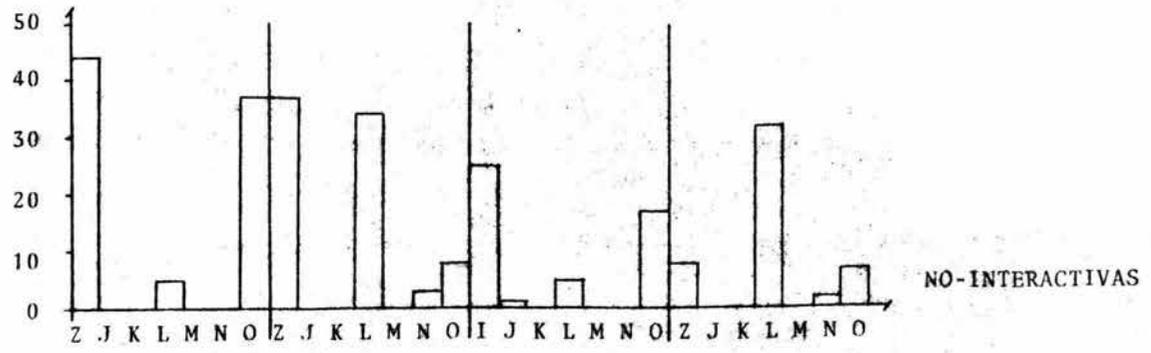
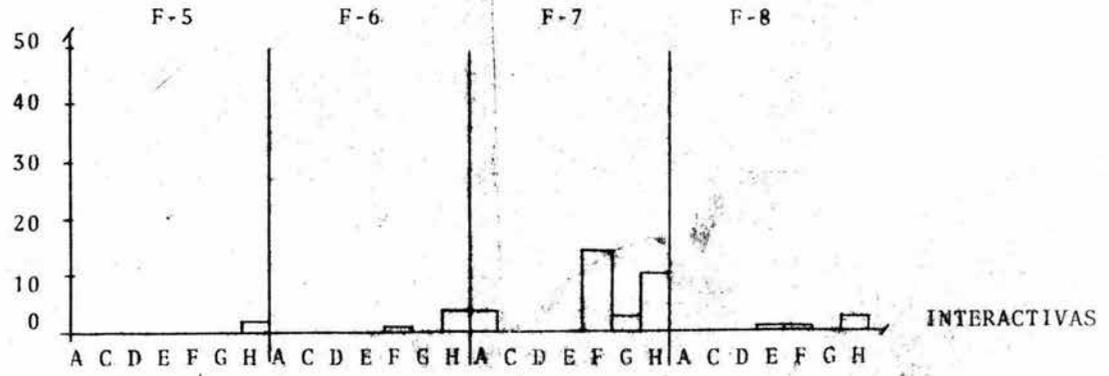
INTERACTIVAS



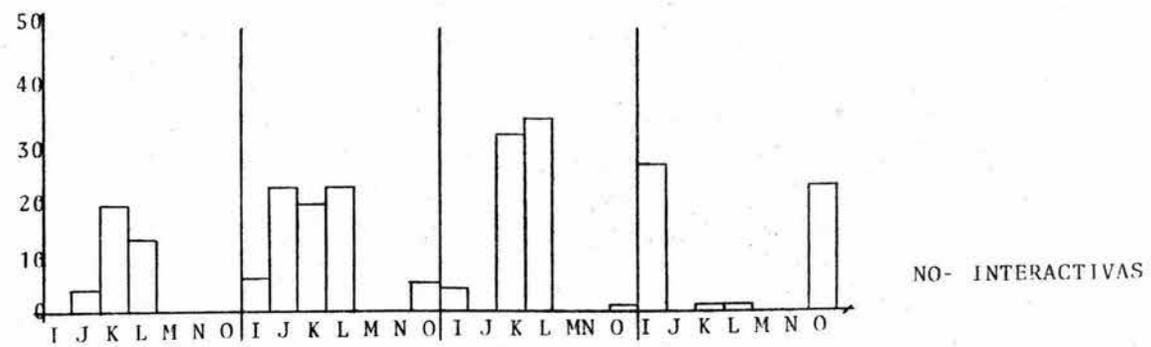
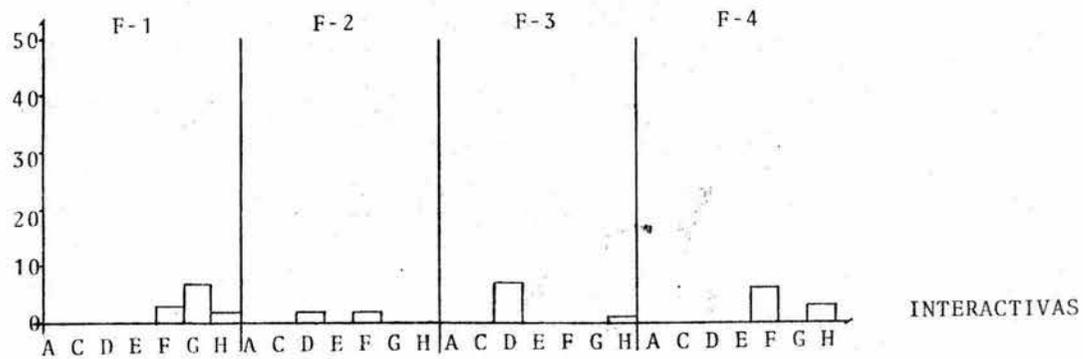
NO-INTERACTIVAS

* PACIENTE (c)

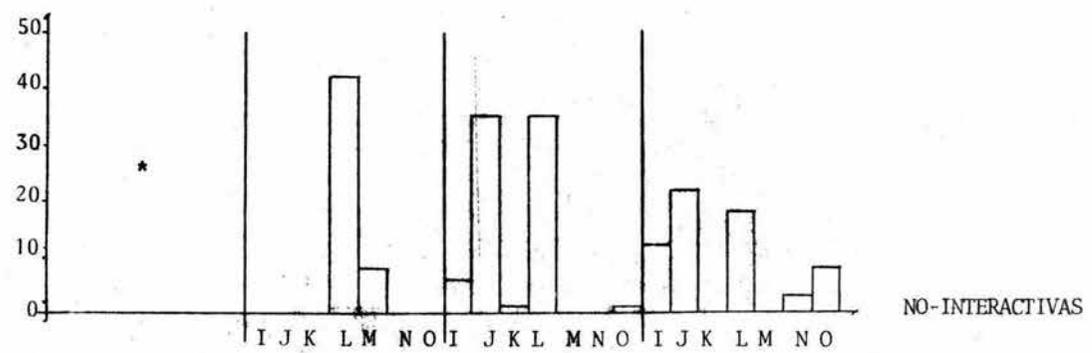
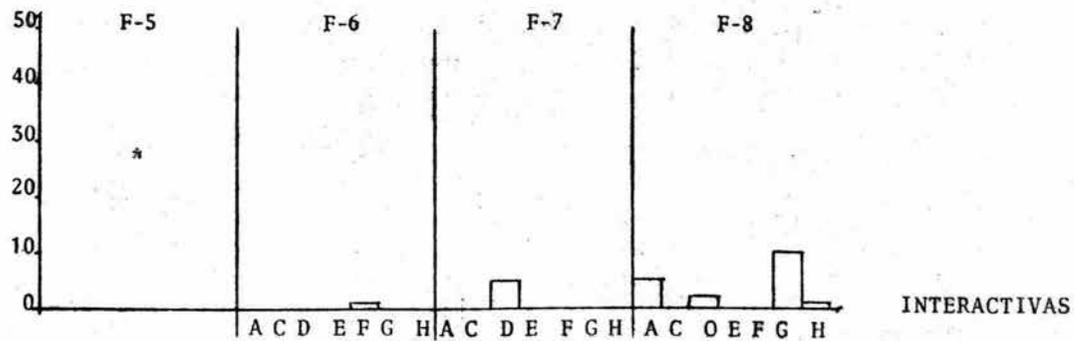
* NO ASISTIO LA PACIENTE



PACIENTE (c)



PACIENTE (d)

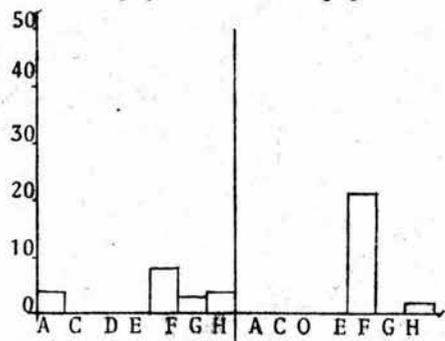


PACIENTE (d)

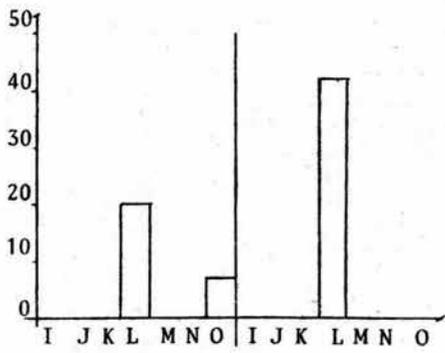
* NO ASISTIO LA PACIENTE

F-8

F-8

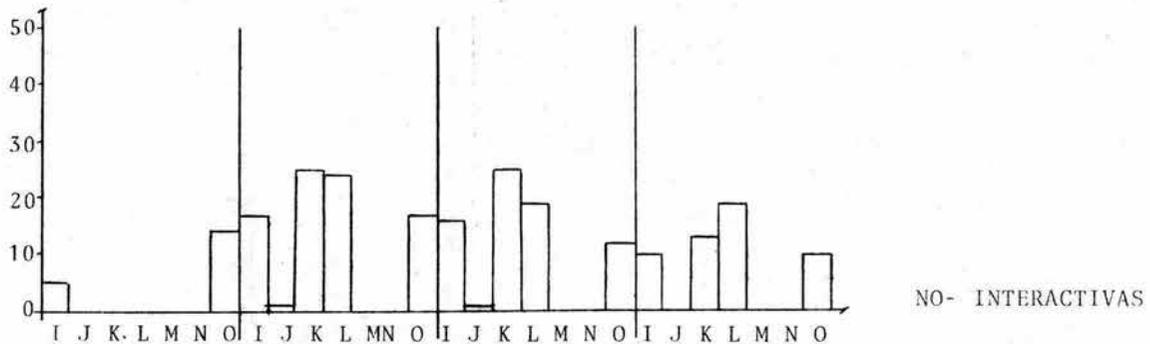
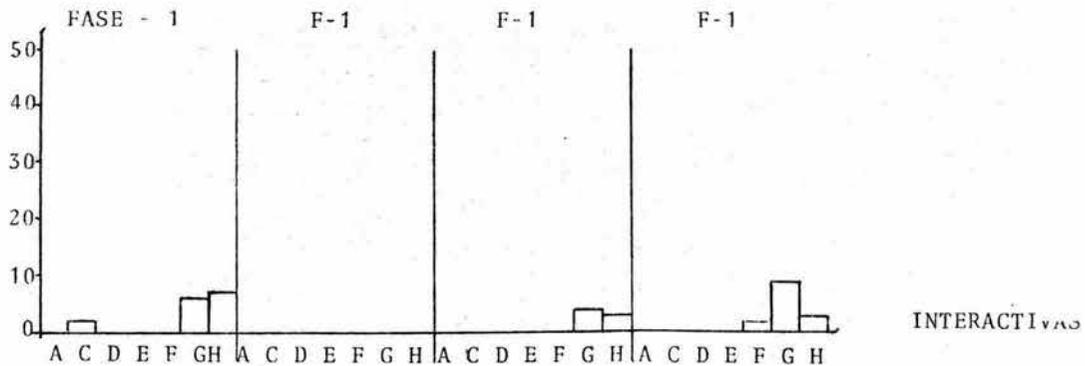


INTERACTIVAS

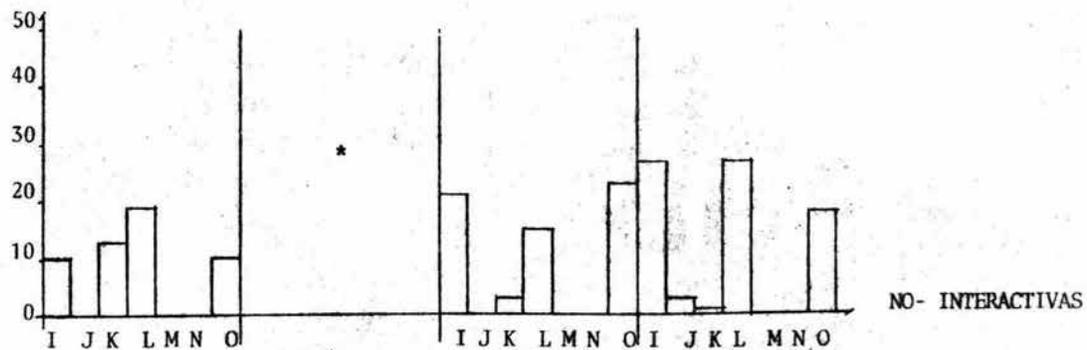
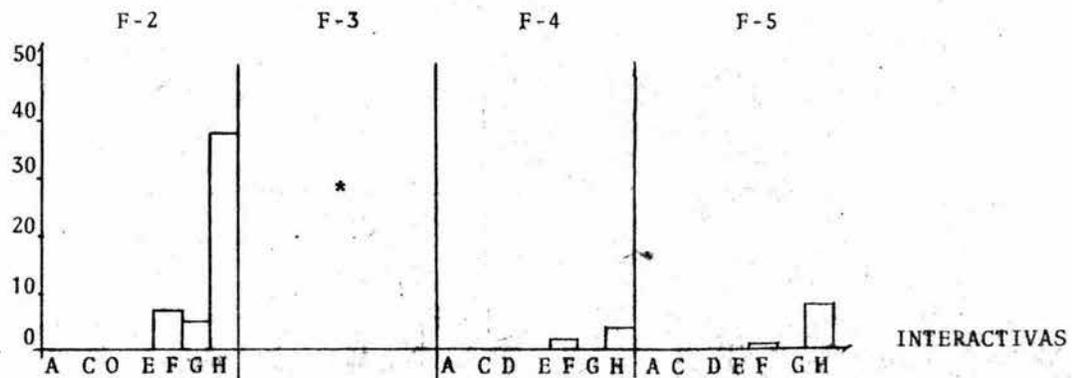


NO-INTERACTIVAS

PACIENTE (d)

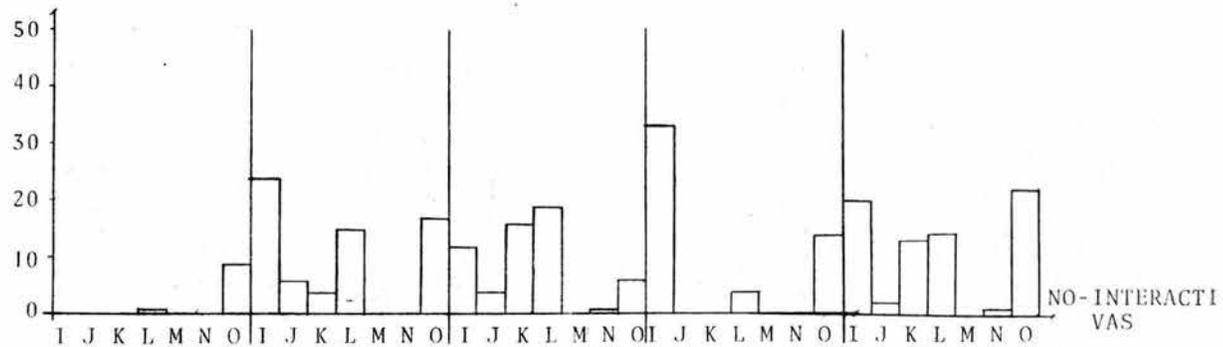
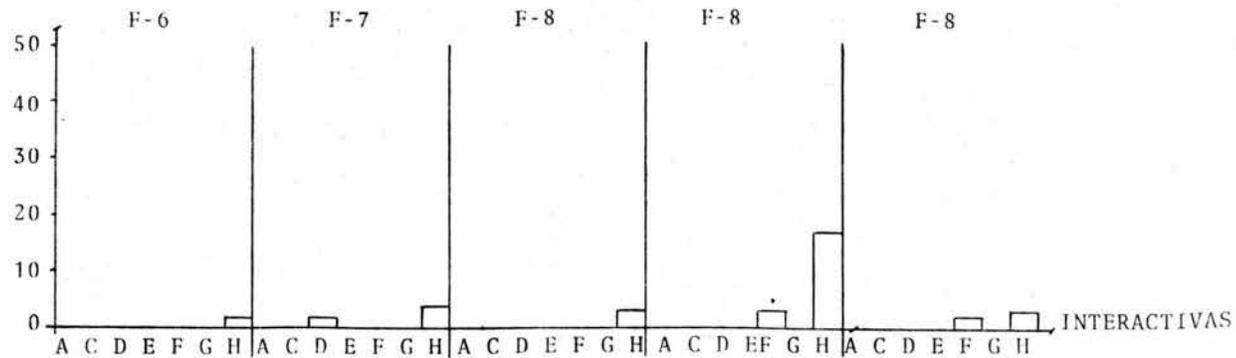


PACIENTE (e) FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE NO INCLUIDA - EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION PERO PERTENECIENTE AL GRUPO 3 CON MONITOR

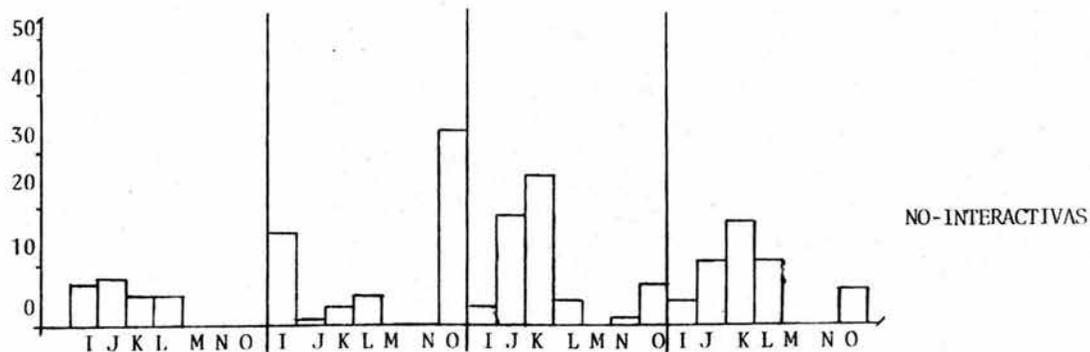
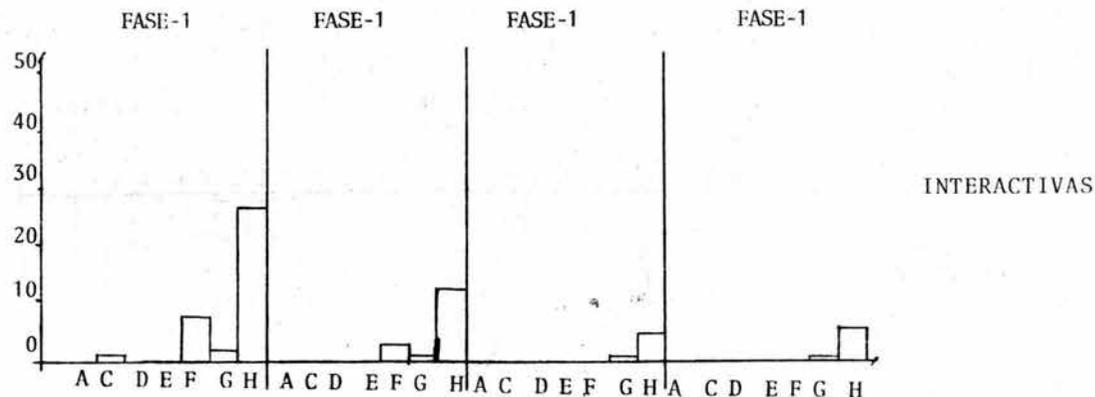


PACIENTE (e)

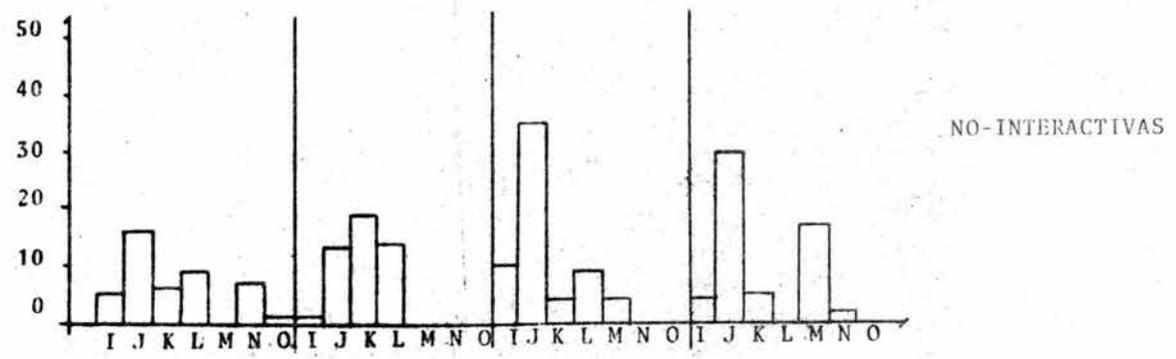
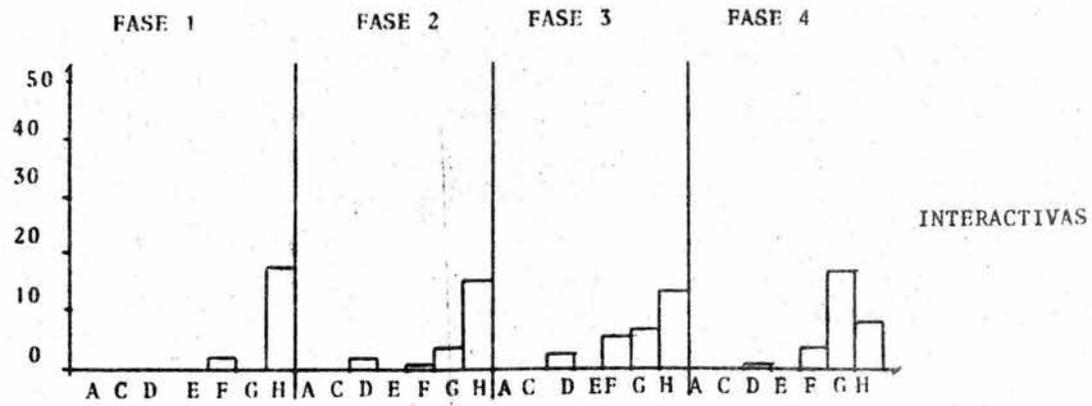
* NO ASISTIO LA PACIENTE



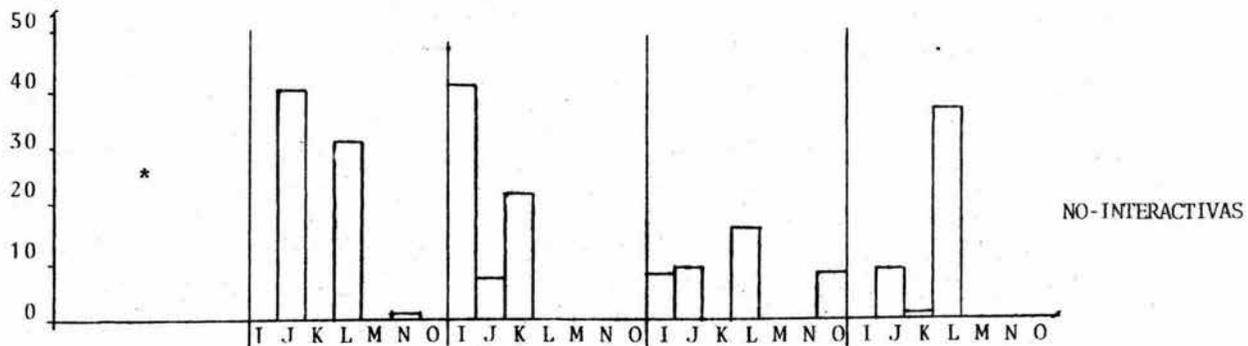
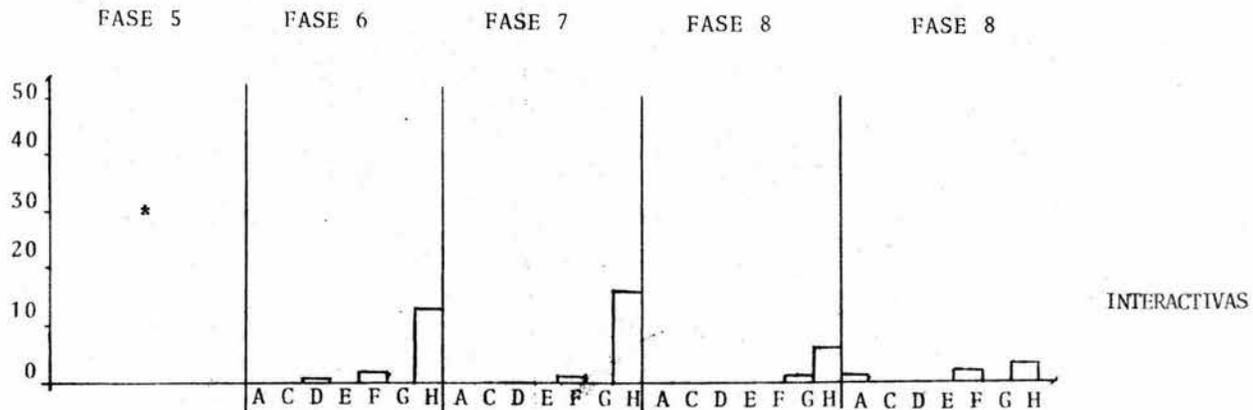
PACIENTE (e)



PACIENTE (f) FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE NO INCLUIDA EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION, PERO PERTENECIENTE AL GRUPO 4, INCLUIDAS/NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.

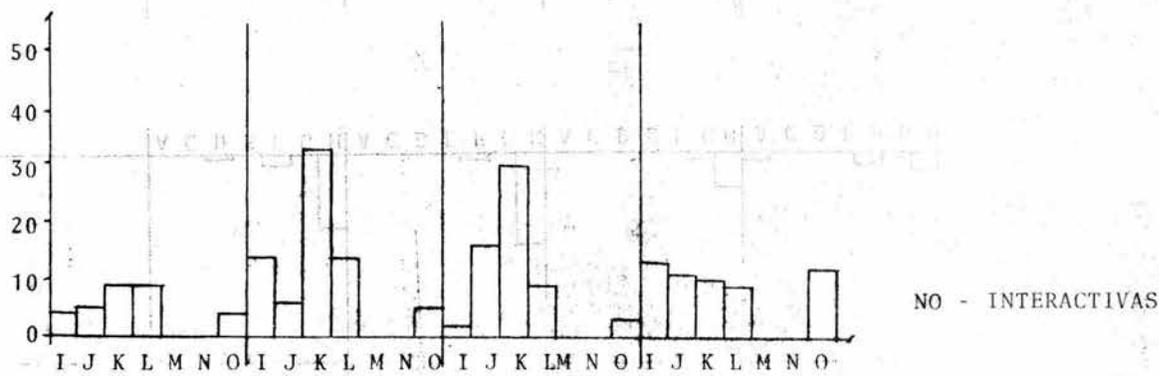
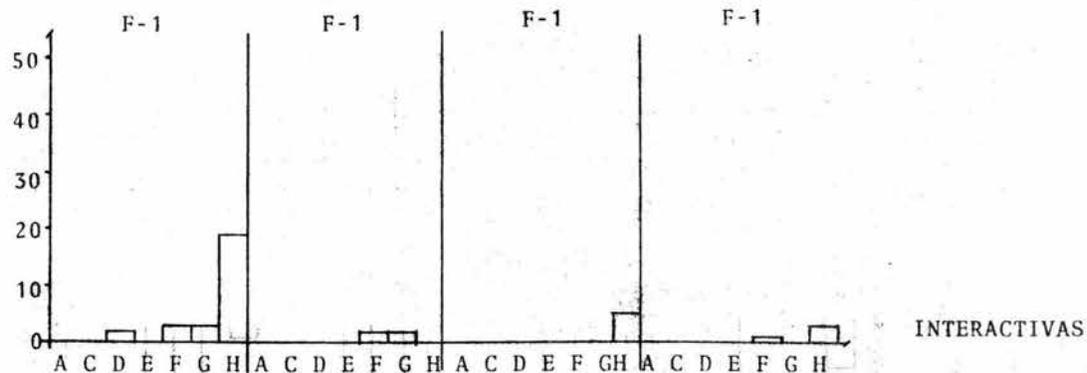


PACIENTE f

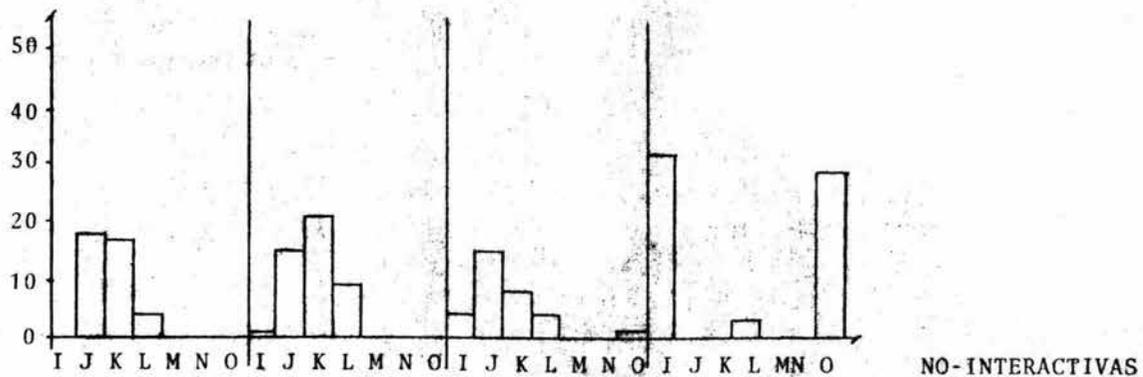
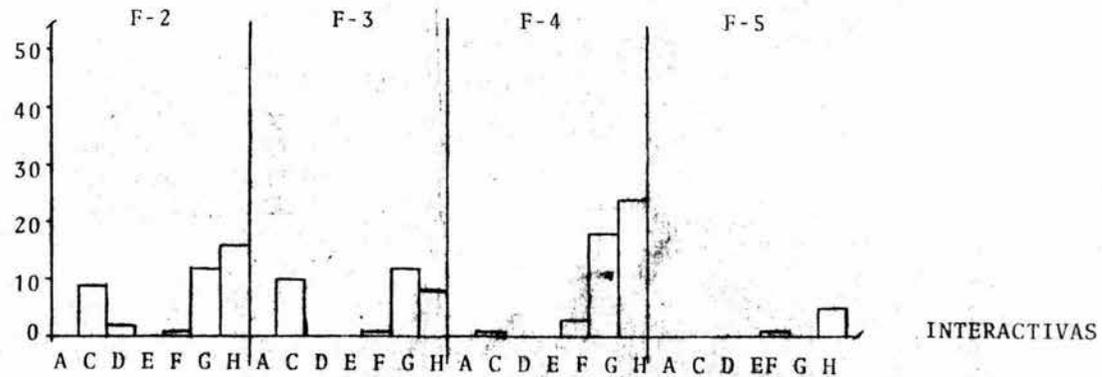


PACIENTE (f)

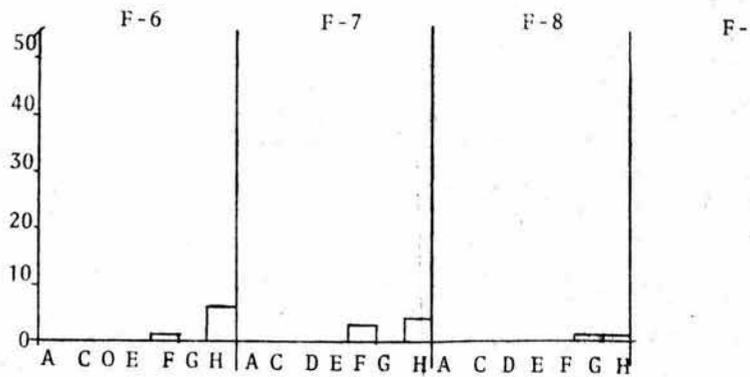
* NO SE PRESENTO LA PACIENTE.



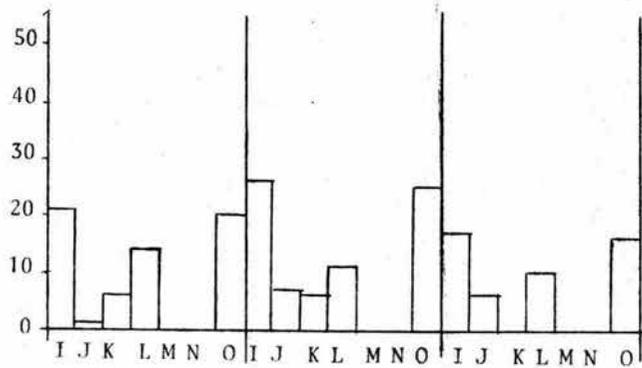
PACIENTE (g) FRECUENCIA OBTENIDA EN CADA SESION DE EVALUACION EN LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO-INTERACTIVO DE ESTA PACIENTE NO INCLUIDA - EN EL PROGRAMA DE MODIFICACION, PERO PERTENECIENTE AL GRUPO 4, - INCLUIDAS / NO-INCLUIDAS SIN MONITOR.



PACIENTE (g)

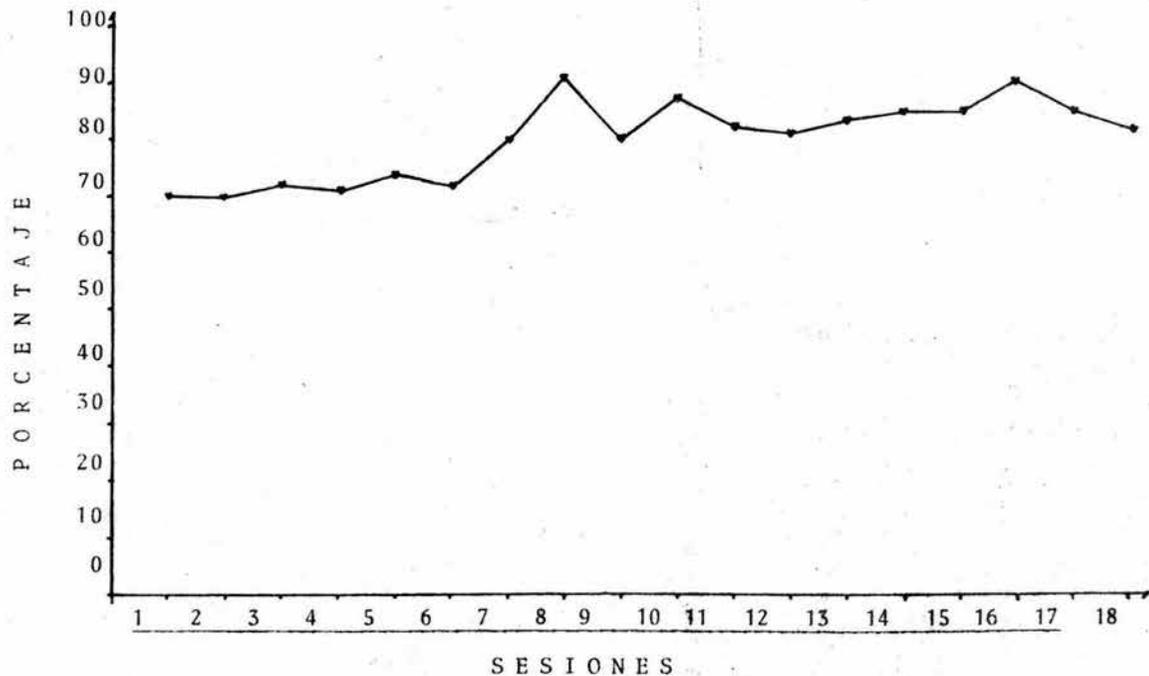


INTERACTIVAS

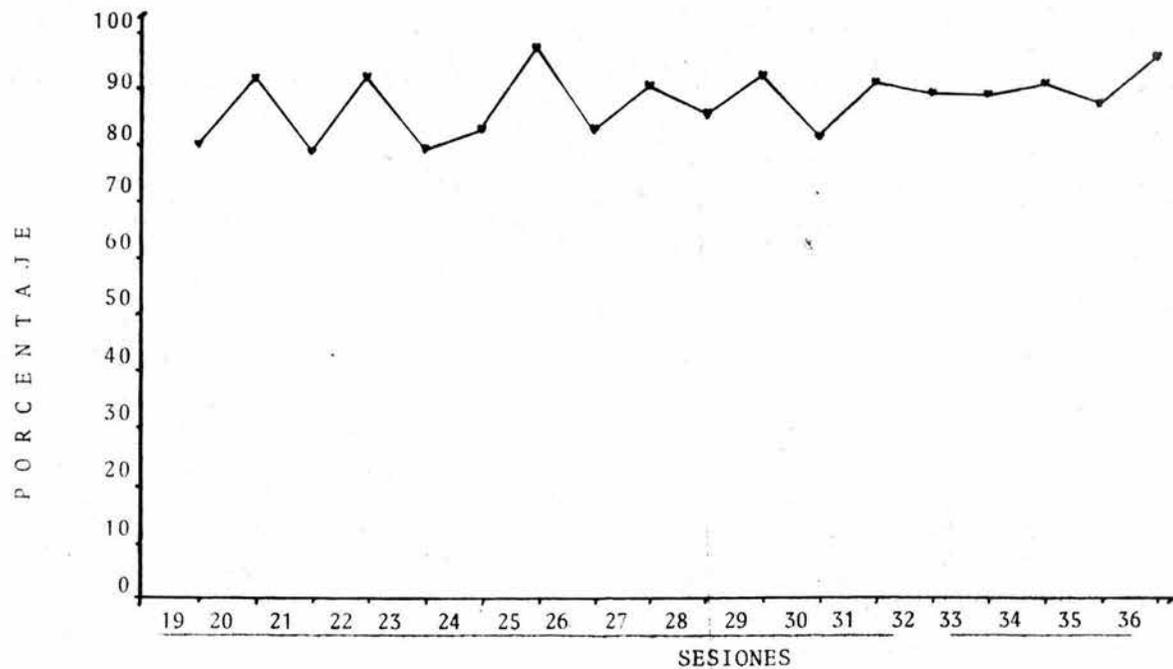


NO-INTERACTIVAS

PACIENTE (g)

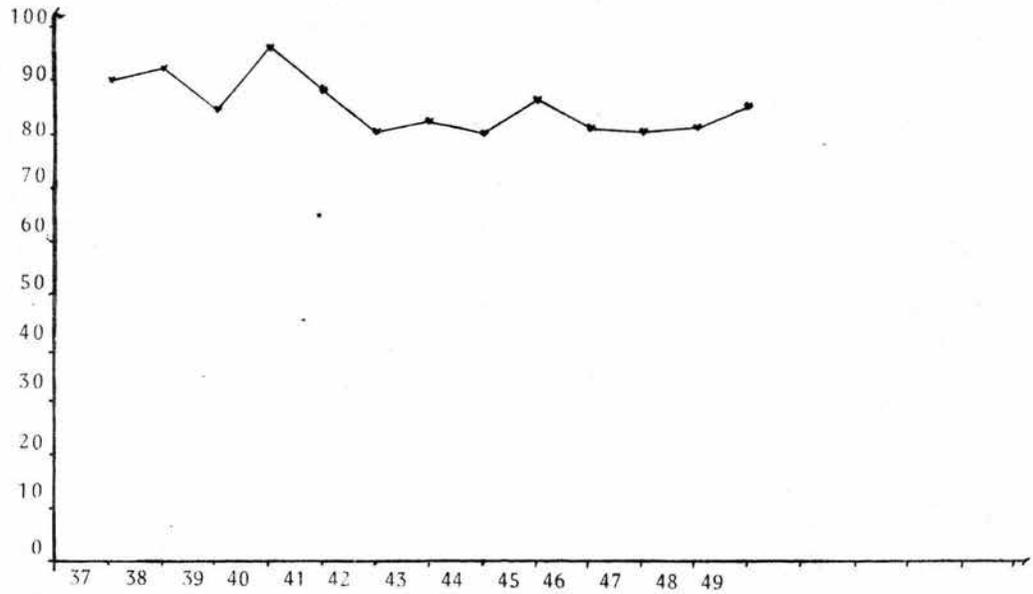


GRAFICA DE CONFIABILIDAD DEL REGISTRO MANUAL, LAS SESIONES DE EVALUACION CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE AGOSTO Y PRINCIPIO DE SEPTIEMBRE.



GRAFICA DE CONFIABILIDAD DEL REGISTRO
MANUAL CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE

P O R C E N T A J E



O C T U B R E. S E S I O N E S. N O V I E M B R E.

GRAFICA DE CONFIABILIDAD DE REGISTRO MANUAL CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE OCTUBRE Y NOVIEMBRE.

A P E N D I C E III

T A B L A S

FASES

		CTAS	1	2	3	4	5	6	7	8
GRUPO 1	A		.42	0	0	0	0	0	0	0
	C		12.2	0	.66	1.75	0	0	0	0
	D		6.2	0	1.3	1.75	0	0	0	0
	E		0	0	0	0	0	0	0	.25
	F		12.1	2	2	1	2	.25	.33	2.25
	G		6.7	0	0	10.7	0	0	0	6
	H		54	12.6	4	12	13.3	1	1.6	8.75
GRUPO 2	A		1.33	0	0	0	0	0	4	0
	C		4.4	0	1	0	0	0	2	0
	D		1.1	0	1	6	0	0	0	0
	E		0	0	0	0	0	0	0	1
	F		17.3	0	3.33	7	0	1	7.66	6.66
	G		19.36	0	0	0	0	0	2.5	0
	H		38.42	0	8.33	9	3.5	5	16	6
GRUPO 3	A		1.2	.75	1	0	0	0	3	4.8
	C		2.2	2	6.6	2	0	0	0	0
	D		.58	.75	2.3	0	0	0.5	2	.81
	E		0	0	0	0	0	0	.25	0
	F		12.3	7.75	5.3	3	.66	.25	3.5	13
	G		19.6	3.5	0	0	0	0	0	7
	H		28	23.5	18.3	12.6	11	1.75	12.2	54.2
GRUPO 4	A		2	0	0	0	1	0	0	1.5
	C		2	5	5.5	1	1	2	0	0
	D		1.5	3.25	2.33	1	1	1.5	0	0
	E		0	0	0	0	0	0	0	0
	F		6.69	1.5	2.66	2.66	1.66	1.33	3	2.25
	G		6	6.75	8.25	18	0	3	0	1.66
	H		53.37	12	8.66	15.66	13	14.25	12.75	4.8

TABLA No. 1 "A" CONDUCTAS INTERACTIVAS.-

MEDIAS PONDERADAS DE CADA UNA DE LAS CATEGORIAS INTERACTIVAS ENTRE GRUPOS DURANTE LAS 8 FASES INDICADAS POR EL ENTRENAMIENTO DE REPERTORIOS PRE-LABORALES, A CUYA DIVISION SE CIÑO LA EVALUACION DE CONDUCTA SOCIAL.

F A S E S

CTAS.		1	2	3	4	5	6	7	8
GRUPO 1	I	44.9	10	24.6	5.75	14	34.5	29.3	16
	J	3.8	0	0	0	2	0.5	6.6	1.75
	K	6.5	14.6	8.6	11.5	11.6	8.5	4.3	7
	L	33.4	0.66	6.6	2.5	1.5	5	13.3	12.2
	M	0	0	1	0	0	0	0.33	0
	N	0.57	0	0	0		33	0	7.3
	O	32.2	10	19	1	10.6	21.5	21.3	12.5
GRUPO 2	I	39.72	0	40.66	33.5	39.5	38	2.2	18.66
	J	6.5	0	2	0	0	1	6.33	1.9
	K	4.2	0	2	0	0	0	6	2
	L	52.64	0	2	9.5	3	13	11.66	20.33
	M	0	0	0	0	0	0	0	0
	N	1	0	5	1	1	1.66	2.5	2
	O	45.22	0	38	3.1	3.7	23.66	1.0	12.33
GRUPO 3	I	2.8	25.5	18.3	12.6	1.1	1.75	12.5	42.5
	J	27.7	9.25	12.3	26.3	2.1	18.7	12.2	54.2
	K	4	5.5	0	0	1	0	10.2	7.9
	L	35.4	12.2	1.2	5.3	7.3	11.5	18.7	39.6
	M	0	0	0	0	0	2	0	0
	N	0	0	0	0	1.3	0.25	0	1.36
	O	4.3	9	17.3	21.3	16.3	1.9	5.5	2.4
GRUPO 4	I	37.83	1	1.0	5	2.9	1.5	1.4	10.83
	J	32.26	15.5	2.5	22.5	0	1.4	1.7	12.4
	K	75.44	18.5	11.75	7.33	1	6	8.25	16.6
	L	58.55	10.5	10.75	10.5	4	2.0	1.6	34.28
	M	0	0	4	1.7	0	0	0	4
	N	5.66	2	0	2	1	1	1	24.33
	O	31.73	0	1.3	1	20.66	13.66	1.1	1.3

TABLA No. 1-B .- MEDIAS PONDERADAS DE CADA UNA DE LAS CATEGORIAS NO-INTERACTIVAS ENTRE GRUPOS DURANTE LAS MISMAS 8 FASES DE LA TABLA ANTERIOR.

TABLA 1 "C"

F A S E S

TIPO DE CONDUCTAS	GRUPOS	1	2	3	4	5	6	7	8
INTER- ACTIVAS	GRUPO 1	13	2.08	1.13	3.88	2.18	.17	.27	2.4
	GRUPO 2	13.11	0	1.95	3.14	0.5	0.85	4.59	1.95
	GRUPO 3	9.12	5.46	4.78	2.51	1.6	.35	3.53	9.8
	GRUPO 4	10.22	4.07	3.91	5.47	2.52	3.15	2.25	1.45

TIPO DE CONDUCTAS	GRUPOS	1	2	3	4	5	6	7	8
NO INTER- ACTIVAS.	GRUPO 1	26.5	5.03	8.54	6.17	7.64	10	11.7	7.06
	GRUPO 2	34.79	0	12.8	10.71	11.5	11.04	8.35	10.61
	GRUPO 3	22.65	5.37	7.41	7.6	8.88	7.35	7.22	19.3

LOS 2 TIPOS DE CATEGORIAS INTERACTIVAS / NO INTERACTIVAS EN FORMA TOTAL, EN CADA UNO DE LOS GRUPOS Y EN LAS 8 FASES, IGUALMENTE LOS DATOS SON MEDIAS PONDERADAS.

INTER - ACTIVAS.		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	A	.42	3.5	1.95	1.5
	C	4.87	6.28	2.85	2.75
	D	3.08	6	1.15	1.76
	E	.25	1	.25	0
	F	2.74	7.15	5.75	2.71
	G	7.8	10.93	10.03	7.27
	H	13.4	12.39	20.23	16.81

NO INTERACTIVAS		I	J	K	L	M	N	O
	I	21.23	33.14	22.34	15.33			
	J	2.93	18.66	5.4	19.8			
	K	16.2	13	13.43	18.1			
	L	13.89	16.01	17.6	20.57			
	M	.66	0	2	8.33			
	N	2.64	2.02	.94	5.28			
	O	19.4	27.88	16.01	11.29			

TABLA 1 D

MEDIAS PONDERADAS DE CATEGORIAS INTERACTIVAS Y NO-INTERACTIVAS EN CADA UNO DE SUS NIVELES; PERO AGRUPANDO TODAS LAS PARTES PARA CADA UNO DE LOS DIFERENTES GRUPOS.

		MI	1	2	3	MII	4	5	6	a	b	c	d	e	f	g
I.B	I	65	133	107	50	125	124	79	136	98	106	66	29	22	112	80
	NO I	233	306	452	239	137	142	364	145	149	229	239	117	128	285	257
E	I	138	3	0	2	225	0	33	10	55	47	79	31	75	61	77
	NO I	216	46	45	87	182	45	33	63	275	309	352	221	248	120	78
P.E.	I	70	23		21	175	91	51	85	17	17	5	67	34	47	20
	NO I	77	126	104	79	221	199	260	274	338	65	49	259	246	230	248

TABLA 2A. FRECUENCIA X ACUMULADA DE CATEGORIAS INTERACTIVAS Y NO INTERACTIVAS EN CADA FASE PARA CADA UNA DE LAS PACIENTES SE SEÑALA CON LA LETRA M (MAYUSCULA) A AMBAS MONITRAS (I Y II), CON NUMEROS ARABIGOS SE SEÑALA A LOS PACIENTES MONITOREADOS Y CON LETRAS MINUSCULAS SE DISTINGUE A LAS PACIENTES NO INCLUIDAS EN EL ENTRENAMIENTO.

TIPO DE CONDUCTAS	GRUPOS			
	1	2	3	4
INTER- ACTIVAS	733	490	998	793
	2080	2383	2146	2531

CUADRO 2-B

FRECUENCIA ACUMULADA POR GRUPO DE LOS REPERTORIOS INTERACTIVO Y NO INTERACTIVO INCLUYENDO EN CADA UNO DE ELLOS TODAS SUS CATEGORIAS Y FASES.

TABLA 2 C

F A S E S .

GRUPOS	L.B.	ENT.	POS ENT.	
1	355	143	135	633
2	270	181	39	490
3	300	331	367	998
4	407	181	203	791
	1331	836	744	2912

FRECUENCIA ACUMULADA DEL REPERTORIO INTERACTIVO, PARA CADA UNO DE LOS GRUPOS Y EN LAS DIFERENTES FASES.

TABLA 2 D

F A S E S .

GRUPOS	I.B.	ENT.	POS. ENT.	
1	1210	394	386	1990
2	524	696	925	2145
3	617	936	790	2343
4	663	294	1272	2229
	3014	2520	3373	8707

FRECUENCIA ACUMULADA DEL REPERTORIO NO INTERACTIVO, PARA CADA UNO DE LOS GRUPOS Y EN LAS DIFERENTES FASES.

	CTAS.	LINEA	ENTR.	ENTR.	POS-
		BASE	I	II	ENTR.
GRUPO I	A	.42	0	0	0
	C	12.2	0	1.20	0
	D	6.2	0	1.52	0
	E	0	0	0	.25
	F	12.1	2	1.11	2.25
	G	6.7	0	10.7	6
	H	54	12.6	6.38	8.75

GRUPO 2	A	1.33	0	4	0
	C	4.4	0	1.5	0
	D	11	0	3.5	0
	E	0	0	0	1
	F	17.3	0	4.74	6.66
	G	19.36	0	2.5	0
	H	38.42	0	.36	6

GRUPO 3	A	1.2	.75	2	4.8
	C	2.2	2	4.3	0
	D	.58	.75	1.6	.81
	E	0	0	.25	0
	F	12.3	7.75	2.54	13
	G	19.6	3.5	0	7
	H	28	23.5	11.17	54.2

GRUPO 4	A	2	0	1	1.5
	C	2	5	2.37	0
	D	1.5	3.25	1.45	0
	E	0	0	0	0
	F	6.69	1.5	2.26	2.25
	G	6	6.75	9.75	1.66
	H	53.37	12	12.86	4.8

CUADRO 3 "A"

MEDIAS PONDERADAS DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS INTERACTIVAS EN CADA GRUPO Y POR FASE.

GRUPO	CTAS.	LINEA	ENTR.	ENTR.	POS.
		BASE	I.	II	ENTR.
1	I	44.9	10	21.63	16
	J	3.8	0	3.03	1.75
	K	65	14.6	8.9	7
	L	33.4	.66	12.98	12.2
	M	0	0	0.66	0
	N	.57	0	3.87	0
	O	32.2	10	14.68	12.5
2	I	39.72	0	34.73	18.66
	J	65	0	3.11	19
	K	42	0	4	2
	L	52.64	0	7.83	20.33
	M	0	0	0	0
	N	1	0	2.23	2
	O	43.22	0	27.93	12.33
3	I	28	23.5	11.23	42.5
	J	27.7	9.25	33.36	54.2
	K	4	5.5	5.6	7.9
	L	35.4	12.2	7.86	39.6
	M	0	0	2	0
	N	0	0	0.77	1.36
	O	43	9	15.88	24
4	I	37.83	1	14.6	10.83
	J	32.26	15.5	19.62	12.4
	K	75.44	18.5	6.9	16.6
	L	58.55	10.5	12.25	34.28
	M	0	0	10.5	4
	N	5.66	2	1.25	24.33
	O	31.73	0	11.86	13

TABLA 3-B.- MEDIAS PONDERADAS DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS NO INTERACTIVAS EN CADA GRUPO Y POR FASE.

		CONDUCTAS: 1 2 3 4			
CONDUCTA INTERACTIVA	A	.42	2.66	2.18	1.5
	C	6.7	2.95	2.83	3.11
	D	3.86	7.25	.93	2.06
	E	.25	1	.25	0
	F	4.36	9.56	8.89	3.17
	G	7.8	10.93	10.03	6.04
	H	20.43	17.59	29.21	20.75

CONDUCTA NO INTERACTIVA	I	23.13	31.03	26.3	16.06
	J	2.86	29.03	31.12	31.88
	K	23.87	1.6	5.75	29.36
	L	14.81	26.93	23.76	28.89
	M	.66	0	2	7.25
	N	2.19	1.74	1.06	8.31
	O	17.34	27.82	16.97	18.86

TABLA 3 C

MEDIAS PONDERADAS DE LOS DIFERENTES NIVELES - DE CATEGORIAS INTERACTIVAS Y NO INTERACTIVAS PARA LOS DIFERENTES GRUPOS, TOMANDO EN CUENTA TODAS LAS FASES.

CONDICIONES

		GRUPOS	L.B.	ENTREN. I	ENTREN. II	POS ENTREN
CONDUCTA - INTERACTIVA	1	1.3	2.05	1.52	2.4	
	2	13.11	0	2.20	1.95	
	3	9.12	5.46	2.55	9.8	
	4	10.22	4.07	3.46	1.45	
CONDUCTA - NO INTERACTIVA	1	25.6	5.03	8.81	7.06	
	2	34.79	0	10.88	10.61	
	3	22.65	5.37	7.69	19.3	
	4	34.49	6.78	9.5	16.49	

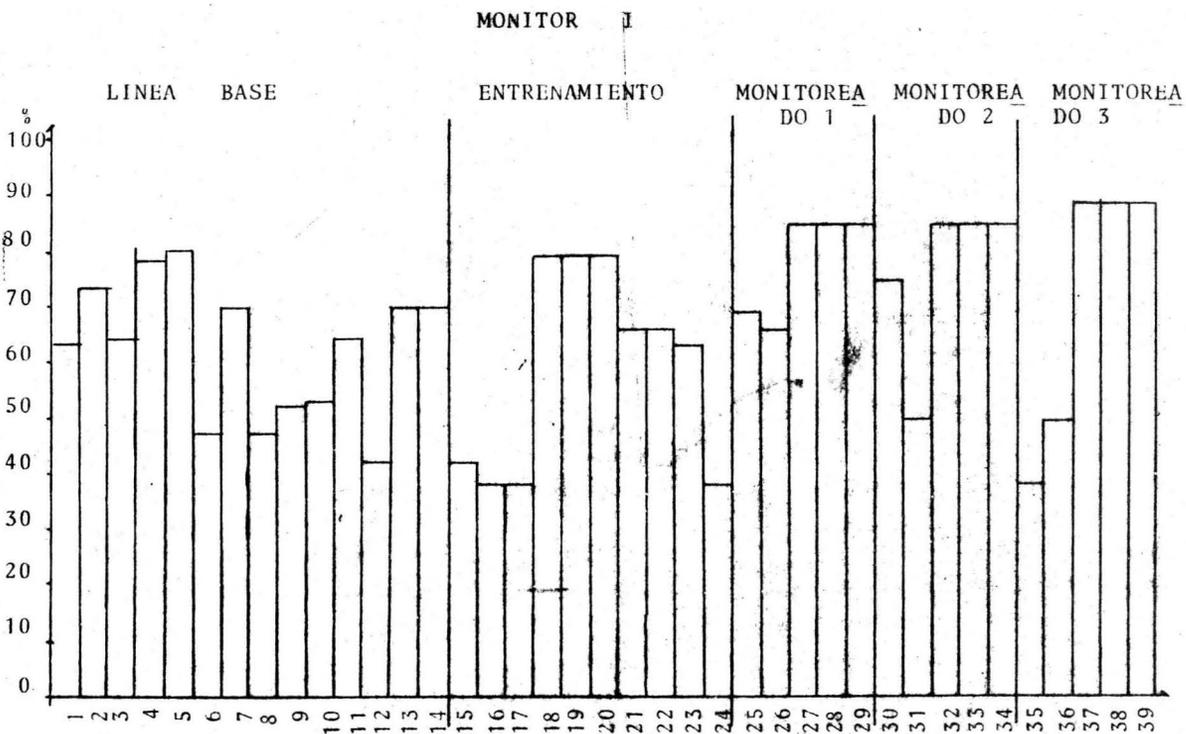
TABLA 3 D

MEDIAS PONDERADAS DEL TOTAL DE CATEGORIAS - INTERACTIVAS Y NO INTERACTIVAS POR GRUPO Y - EN DIFERENTES FASES.

A P E N D I C E I V

GRAFICAS DEL PROGRAMA DE MODIFICACION

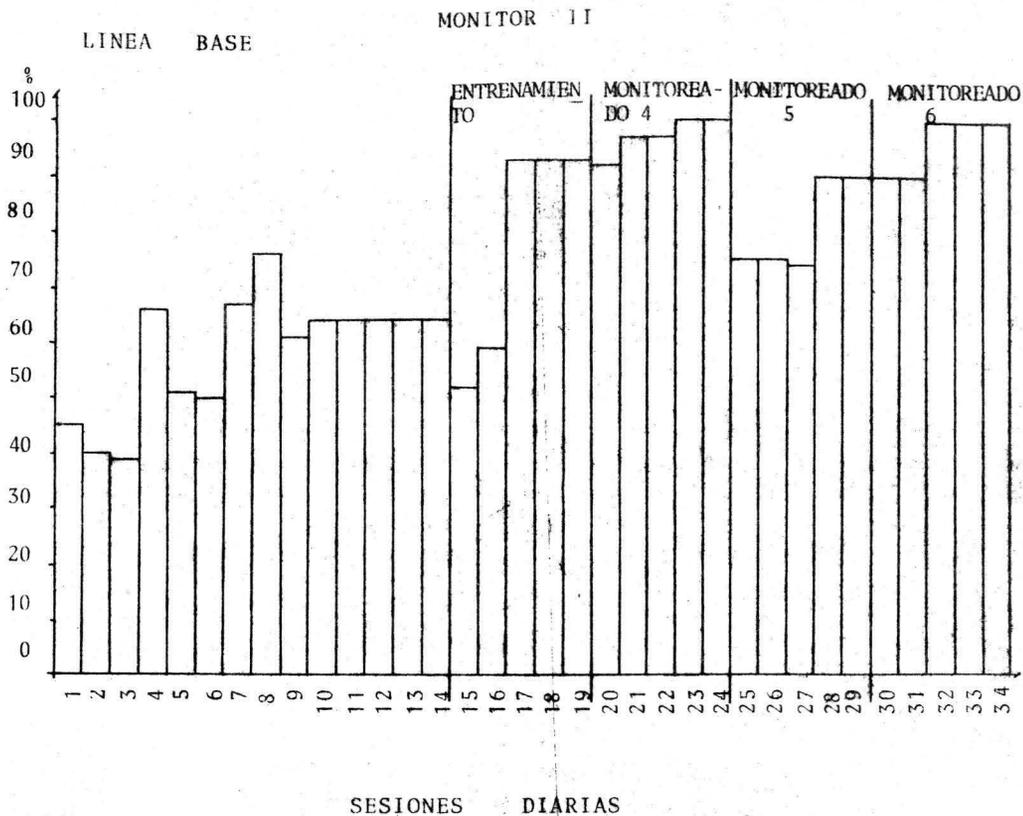
CONDUCTAS DE MONITOR ENTRENADAS .



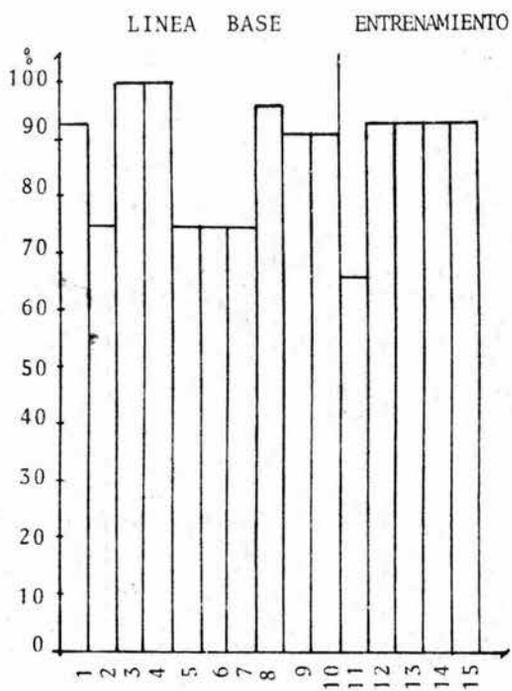
SESIONES DIARIAS

GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

CONDUCTAS DE MONITOR ENTRENADAS.

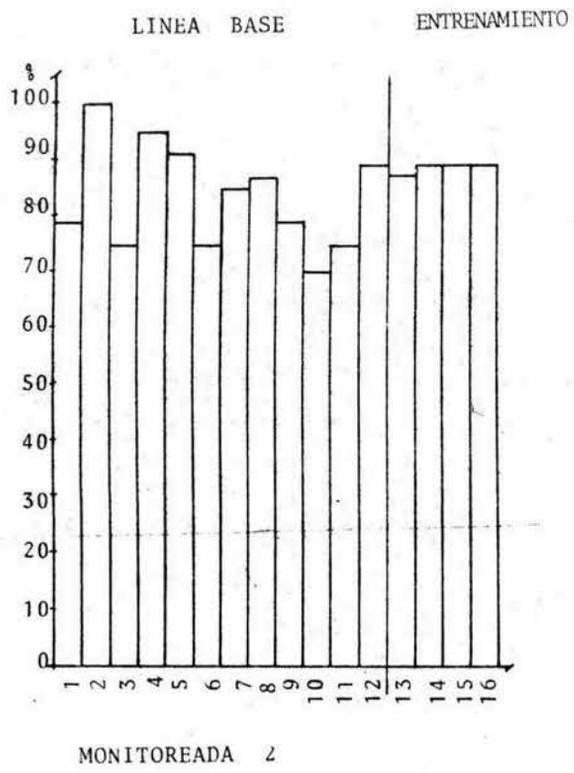


GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

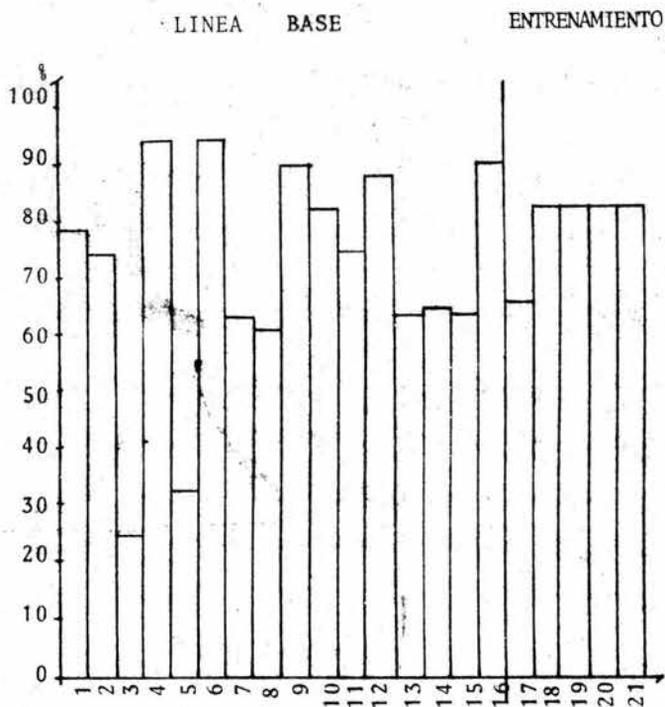


MONITOREADA 1

GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

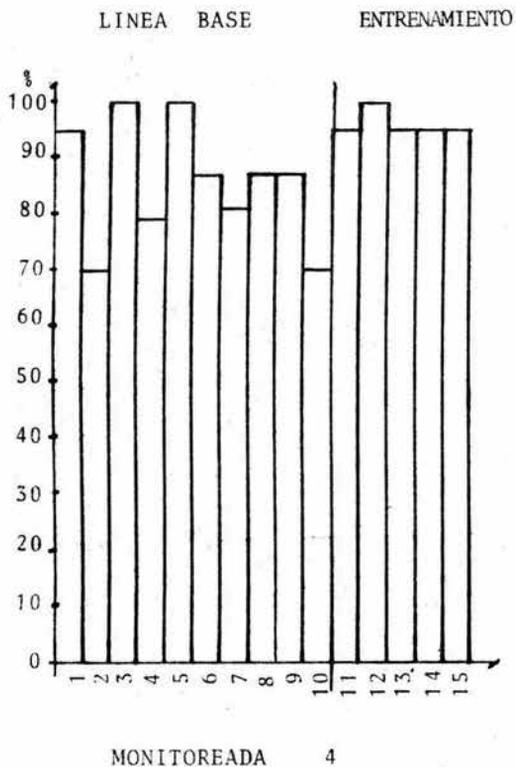


GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

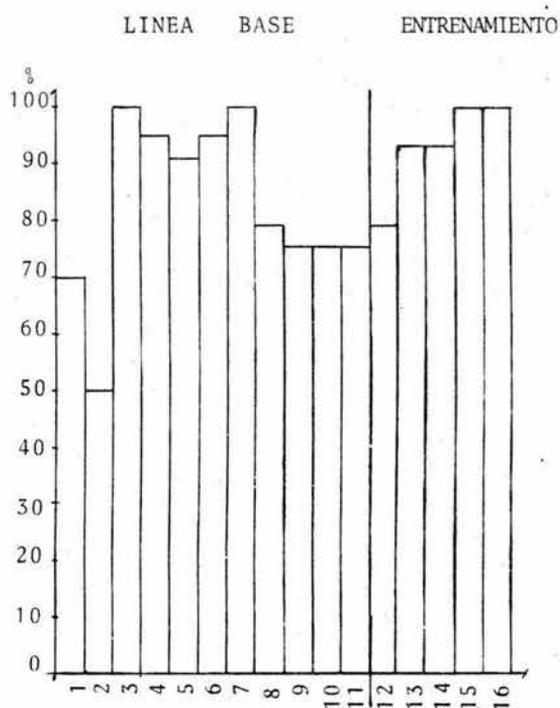


MONITOREADA 3

GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

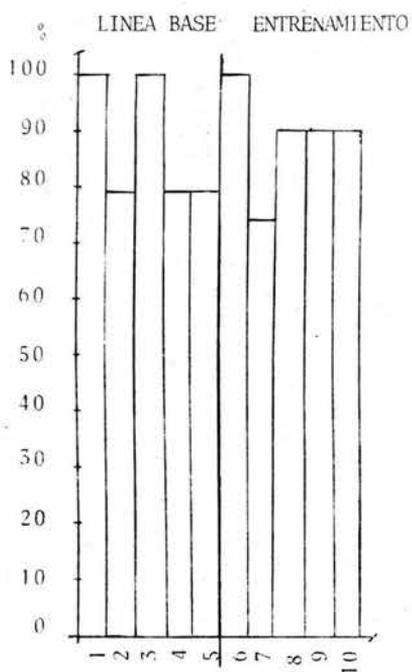


GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION
DE CONDUCTA



MONITOREADA 5

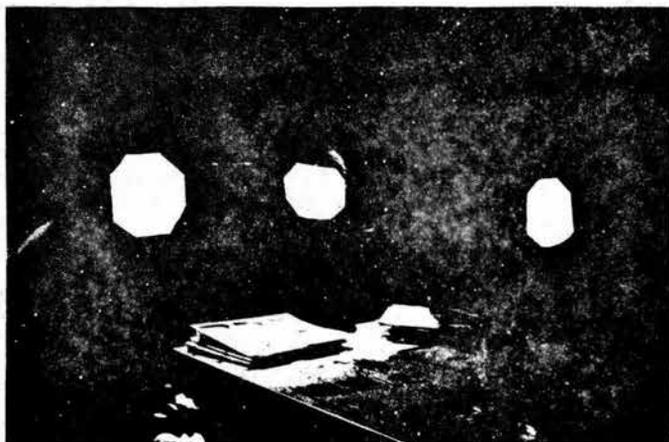
GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION
DE CONDUCTA



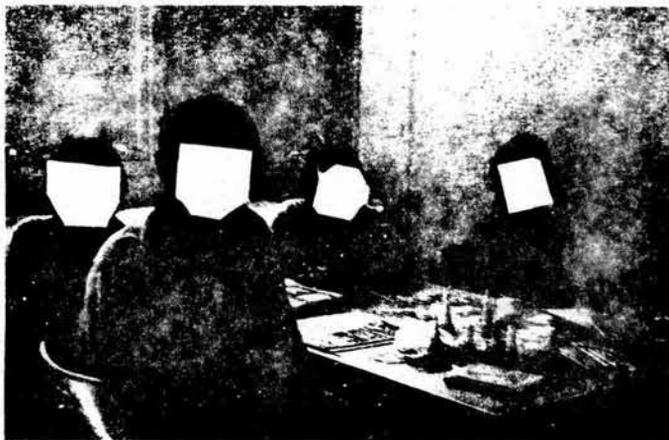
MONITOREADA 6

GRAFICA DE PORCENTAJE DEL PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA

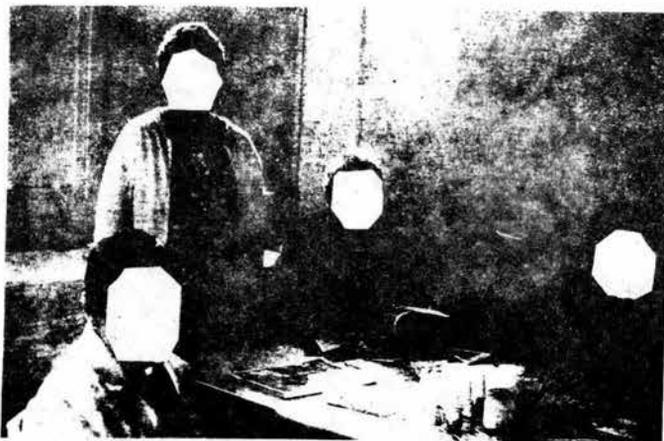
F O T O G R A F I A S



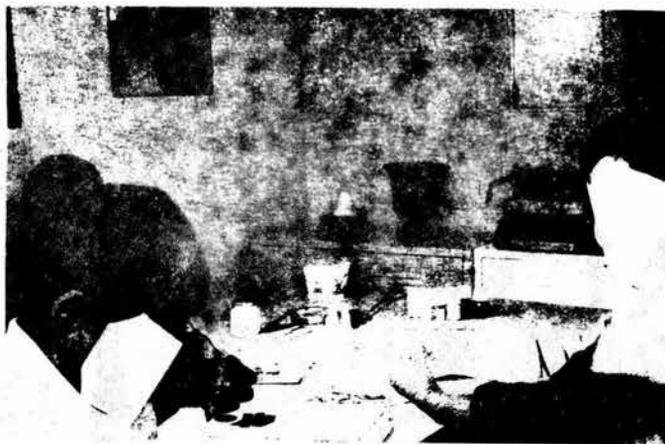
GRUPO 2.- SITUACION DE EVALUACION CON MATERIALES
(M-6, M-11 y M-4) PACIENTES NO ENTRENADAS (a, b y c)



GRUPO 4.- SITUACION DE EVALUACION CON MATERIALES
(M-6, M-11 y M-4) PACIENTES ENTRENADAS
(5 y 6) Y NO ENTRENADAS (f y g)



GRUPO I.- EN LA SITUACION DE EVALUACION.
MATERIALES (M-6, M-11 y M-14) PACIENTES
(MONITORA I, ENTRENADAS, 1, 2 y 3).



GRUPO 3.- SITUACION DE EVALUACION CON MATERIALES
(M-5, M-8 y M-4) PACIENTES (MONITORA-
II, Y NO INCLUIDAS (d y e)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ayllon, T. y Wright, P., NUEVOS PAPELES PARA EL PARA-PROFESIONAL en: Bijou, S.W. y Ribes, I.E., Modificación de Conducta, Problemas y Extensiones, Trillas, México, 1977, pp. 189-195.
- Bellak, A.S., Hersen, M., Turner, S.M., GENERALIZATION EFFECTS - OF SOCIAL SKILLS TRAINING IN CHRONIC SCHIZOPHRENICS; AND EXPERIMENTAL ANALYSIS., Behavior Research and Therapy, 1976, vol. 14, pp. 391-398.
- Carbonari, R., EL PAPEL DE LOS MAESTROS Y PARA-PROFESIONALES EN EL SALON DE CLASES., en: Bijou, S.W. y Ribes, I.E., op. cit. ---- pp. 189-195.
- Catania, A.CH., Investigación Contemporánea en Conducta Operante Trillas, México, 1975 (glosario).
- Domínguez, T.B., Acosta, F. y Carmona, D. NUEVA PERSPECTIVA: LOS PACIENTES CRONICOS COMO ASISTENTES EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION CONDUCTUAL EN UNA INSTITUCION PSIQUIATRICA., en: Bijou, S.W. y Ribes, I.E., op. cit., pp. 217-226.
- Espiegel, R.M., TEORIA Y PROBLEMAS DE ESTADISTICA, Serie de Compendios Schams, Libros Mc Graw Hill de México S. A. de C. V., México, 1975, caps. 3, 11 y 12.
- Fichter, M.M., Wallace, J.CH., Liberman, R.P. y Davis, R.J. IMPROVING SOCIAL INTERACTION IN A CHRONIC PSYCHOTIC USING DISCRIMINATED AVOIDANCE ("LAGGING") EXPERIMENTAL ANALYSIS AND GENERALIZATION, Journal of Applied Behavior Analysis, 1976, 9, pp. 377-386.
- Forehand, R., Atkeson, B.M., GENERALITY OF TREATMENT EFFECTS --- WITH PARENTS AS THERAPISTS: A REVIEW OF ASSESSMENT AND IMPLEMENTATION PROCEDURES, Behavior Therapy, Vol. 8, 1977, pp. 575-593.

Galván, B., García, B. y col., MANUAL DE PRÁCTICAS DE DESARROLLO PSICOLÓGICO, U.N.A.M., México, 1978.

Goldiamond, I., SELF-REINFORCEMENT, JABA, op. cit., 1976, vol. 9 pp. 509-514.

Grass, J.A., DISTOS ESPECIALES EN PSICOLOGIA Y EDUCACION, - vol. I, Trillas, México, 1981, pp. 249-325.

Hersen, M. y Barlow, D., SINGLE CASE EXPERIMENTAL DESIGNS: Strategies for studying behavior change., Pergamon Press, New York, --- 1976, caps. 2 y 7.

Jeffrey y Kelly, THE SIMULTANEOUS DESIGNS: The use of Multiple - Base Line to Establish Experimental Control in Single Social --- Skills, Treatment Studies, Psychiatry, vol II, 1980 pp. 203-207.

Maisel, D., PROBABILIDAD Y ESTADÍSTICA, Fondo Educativo Interamericano, México, 1973, pp. 113-161 y 273-274.

Millenson, J.R., PRINCIPIOS DE ANÁLISIS CONDUCTUAL, Trillas, México, 1977, cap. 8, pp. 171-177.

Riback, D. y Staats, A.W., PARENTS AS BEHAVIOR THERAPY: Technicians in treating reading deficits (DYSLEXIA), Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry, 1970, I, pp. 109-119.

Ribes, I.S., TÉCNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA: Su Aplicación al retardo en el desarrollo, Trillas, México, 1977.

Ribes, I.S., LA PSICOLOGIA ¿UNA PROFESION?, en: Ribes, I.S., El Conductismo, Reflexiones Críticas, Ed. Fontanella, Barcelona, -- 1982.

Sidman, M., TÁCTICAS DE INVESTIGACION CIENTÍFICA: Evaluación de Datos Experimentales en Psicología, Ed. Fontanella, Barcelona, - 1980.

Talento, M. y Ribes, I.B., CONSIDERACIONES SOBRE EL PAPEL SOCIAL DEL PSICOLOGO., en: Ribes, I.B., Fernández, C., Rueda, M., López, V.F. y Talento, M., Enseñanza, Ejercicios e Investigación de la Psicología: Un Modelo Integral, Trillas, México, 1980.

Wilson, P.M. y Keller, S.F., DEL REFORZAMIENTO SELECTIVO DE RESPUESTAS ESPACIADAS., en: Catania, A.CH., op. cit. pp. 109-113.

REFERENCIAS NO PUBLICADAS

Bernal, M.T., Brea, L. y Correa, E., LA DESPROFESIONALIZACION COMO OBJETIVO DE LA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITARIA, elaborado en -- Iztacala, México, 1980.

Brea, L. y Correa, E., CONSIDERACIONES PARA EL SURGIMIENTO DE UN NUEVO PARADIGMA EN LA PSICOLOGIA COMUNITARIA, elaborado en Iztacala, 1980.

Hinojosa, G., PROYECTO DE EVALUACION DE PACIENTES PSIQUIATRICOS. ENEP, Iztacala, 1981.

Hoffman, D., Kaufman, K. y Tyson, R., A COMMUNITY BASED APPROACH TO TOILET TRAINING AUTISTIC AND DEVELOPMENTALLY EMOTIONALLY DISTURBED CHILDREN, trabajo presentado en la 10a Convención Anual de la Asociación para los Avances de la Terapia de la Conducta, Nueva York, 1976.

López, R.F., PSICOLOGIA Y EDUCACION: Aspectos Motivacionales, papel presentado en el Simposio Interamericano de Psicología Educativa, Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá Colombia, 1982.

Mac Phillamy, J.D. y Lewinson, M.P., MANUAL FOR THE PLEASANT --- AVOIDS SCHEDULE, Universidad de Oregón, 1976.

Martin, G., Koop, S. y Rumber, C., BACKWARD CHAINING VERSUS TOTAL TASK PRESENTATION TO TEACH ASSEMBLY TASKS TO SEVERELY MENTALLY RETARDED PERSONS, University of Manitoba and Frank Hanel The Manitoba School, 1980, 79 pages.

Martin, G. y Pallotta, A., BEHAVIOR MODIFICATION IN SEMI-RESIDENT WORKSHOPS AND COMMUNITY GROUP HOMES FOR THE RETARDED: Current Status and Future Considerations, Papel presentado en la 9a. Conferencia Internacional de Banff sobre Modificación de Conducta, Banff, Alberta, Canadá, 1977.

Mora, R.I., RESERVIOS PRE-LABORALES EN SUJETOS RETARDADOS, Tesis Iztacala, Area de Educación Especial y Rehabilitación, 1981.

Ribes, I.S., CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS Y PROFESIONALES SOBRE EL ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO, Trabajo presentado en el I Simposio Internacional de Modificación de Conducta, Bogotá, Colombia, 1980.