

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS: ESTUDIO PILOTO(*)

**César SOTILLO, Javier GENG, Víctor SALAZAR, Marlene ANCHANTE,
Carlos IBERICO, Cecilia CHAU, Silvia BECERRA.**

PALABRAS CLAVE : *Esquizofrenia Crónica - Rehabilitación Psicosocial -
Habilidades Sociales.*

KEY WORDS : *Schizophrenia - Psychosocial Rehabilitation - Social Skills.*

Con el propósito de corroborar la efectividad y aplicabilidad del "Entrenamiento grupal en Habilidades Sociales" con pacientes psiquiátricos desarrollado por R.P. Liberman et al, en nuestro medio, fueron seleccionados cinco pacientes esquizofrénicos crónicos de Consulta Externa del Servicio de Adultos y Geriatria del Instituto Nacional de Salud Mental "H. Delgado - H. Noguchi" en base a ciertos criterios de inclusión tales como: repertorio de conductas básicas (atención, discriminación, seguimiento de instrucciones), repertorio verbal mínimo, y ausencia de síntomas positivos prominentes de la enfermedad. Los resultados, en base a 20 conductas evaluadas, antes y después del entrenamiento, revelan un incremento en el número de habilidades sociales en los cinco sujetos. En general, los datos analizados de los cambios observados en el grupo son estadísticamente significativos ($p < .05$).

SOCIAL SKILL TRAINING IN CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS: PILOT STUDY

The purpose of this study is to confirm the efficacy and applicability of R.P. Liberman's "Group Training in Social Skills" for psychiatric patients in our milieu. Five outpatients with DSM-III-R diagnoses of chronic schizophrenia were selected from the Adult and Geriatrics Outpatient Service of the National Institute of Mental Health "H. Delgado - H. Noguchi". Inclusion criteria such as: a list of basic behaviors (attention, discrimination, following instructions), minimal speech repertoire and no positive symptoms of the disorder were considered. The results over 20 behaviors assessed, before and after the training, reveal an increase in the number of social skills in all the subjects at the end of the trial. In general, the analysed data showed that the observed changes in the group were statistically significant ($P < .05$).

(*) Unidad de Terapia Cognitivo-Conductual. Dpto. de Adultos y Geriatria, Consulta Externa. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

INTRODUCCION

Los trastornos esquizofrénicos constituyen un grupo de desordenes complejos que afectan una extensa área del comportamiento humano como: el laboral, académico, y social, impidiendo al individuo desempeñar un rol productivo en su sociedad.

A pesar de la abundante información existente sobre este grupo de trastornos psiquiátricos y los grandes esfuerzos puestos hasta la fecha para rehabilitar de manera integral al individuo afecto, sin embargo, en no pocos, se han dejado de lado aspectos tan importantes como por ejemplo desarrollar en el paciente ciertas habilidades que le permitan desempeñarse en forma más efectiva en sus relaciones interpersonales. Aunque hubieron diversos intentos por trabajar esta área del comportamiento, estos han estado más sujetos al entusiasmo de rehabilitadores que al uso de técnicas científicamente comprobadas.

Los programas de rehabilitación en la mayor parte de los países, incluido el Perú, involucran, en general, el uso de dos tipos de terapia: el farmacológico y la psicoterapia. Es competencia de la psicoterapia desarrollar habilidades sociales; sin embargo, esto no se llega a realizar o, si acaso se realiza, se orientan sólo a enseñar modos de expresar las conductas sociales, más no, como evaluar la conducta de las otras personas con quien se interactúa. A partir de los trabajos de Eisler, Miller y Hersen (1973), y posteriormente de Wallace y Col., (1980) y otros, que las habilidades sociales no solo son las conductas que el sujeto expresa al momento de interactuar, sino también incluyen la forma como él evalúa el comportamiento de los demás, y cómo evalúa sus propios recursos para responder en forma adecuada a la situación social que enfrente.

Los estudios realizados por un

grupo de personas interesadas en desarrollar habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos (por ejemplo: Bardelli, y Col., 1980; Monti, y Col., 1985; Morrison y Bellack, 1981) dan cuenta que éstos carecen de habilidades sociales en los tres niveles descritos (evaluación de la conducta de otros, evaluación de los propios recursos disponibles, y la forma como son expresadas sus conductas).

Ante esta problemática Liberman y colaboradores han venido trabajando en procura de lograr medios eficaces para desarrollar habilidades sociales en personas con diagnóstico psiquiátrico, basados en el modelo teórico de "Estrés - Vulnerabilidad - Habilidades de Afronte" (Liberman, De Risi y Muesser, 1989). Según el cual el esquizofrénico alcanzará un buen ajuste social siempre y cuando tenga, además del apoyo farmacológico y familiar, un repertorio de habilidades sociales que le permitan afrontar efectivamente el estrés proveniente de situaciones sociales a las que se enfrenta cuando procure alcanzar ciertas metas interpersonales.

Se consideran habilidades sociales, aquellas conductas que permiten a la persona obtener metas interpersonales de tipo instrumental (obtener empleo, dinero, etc.) y afiliativas (hacer amigos, ser escuchados) haciendo respetar sus derechos y respetando los derechos de los demás (Liberman y Cols, 1989; Martha Davison y Cols.; 1989).

Más de cuarenta estudios sobre la efectividad del Entrenamiento en Habilidades Sociales basados en el modelo "Estrés - Vulnerabilidad - Habilidades de Afronte" se han realizado en las dos últimas décadas (Brady, 1984). Los cuales a pesar de haber presentado ciertas dificultades metodológicas del entrenamiento en el desarrollo de habilidades como: respuestas asertivas (Hersen, Bellan y Turner, 1978; Eisler, Blanchar, Fitts, et. al.,

1978), conductas no verbales como contacto visual y sonreír (Eldestein y Eisler, 1976; Kolko, Possett, Milan, 1981), conductas paralingüísticas (Eisler, Hersen y Miller, 1973; Finch y Wallace, 1977), habilidades de conversación (Urey, Laughlin y Kelly, 1978; Holmes, Hansen y Lawrence, 1984), y habilidades para entrevistas de empleo (Kelly, Laughlin, Cliborne, et. al., 1979; Kurman, Gelleo, Simon, et. al., 1979). Además también se llegó a demostrar que lo aprendido en las sesiones de entrenamiento se generalizan al medio natural, que las conductas más complejas son menos generalizables, que los pacientes distraídos aprenden un menor número de habilidades y que al término del entrenamiento los pacientes manifiestan tener una menor ansiedad en situaciones sociales.

Basado en los beneficios del "Entrenamiento en Habilidades Sociales" con pacientes psiquiátricos (Lieberman, De Risi y Wallace, 1989) la presente investigación se planteó como objetivo replicar los trabajos realizados por Lieberman y sus seguidores, adaptándolos a nuestra realidad para confirmar su eficacia y partiendo de los resultados, elaborar programas de intervención orientados a desarrollar habilidades sociales y generar nuevos trabajos de investigación en esta área.

II. METODO

2.1 SUJETOS

Se utilizaron cinco sujetos de ambos sexos diagnosticados de trastorno esquizofrénico crónico de acuerdo a los criterios del DSM- III-R, con edades comprendidas entre los 27 y 40 años, y con síntomas positivos ausentes o no prominentes de la enfermedad.

Sujeto 1: Paciente de sexo femenino, 27 años de edad, grado de instrucción secundaria y diagnóstica-

da de trastorno esquizofrénico paranoide en enero de 1986.

Sujeto 2: Paciente de sexo masculino, 28 años de edad, grado de instrucción secundaria, y diagnosticado de trastorno esquizofrénico residual en Enero de 1986.

Sujeto 3: Paciente de sexo masculino, 40 años de edad, grado de instrucción superior, y diagnosticado de trastorno esquizofrénico paranoide en Setiembre de 1982.

Sujeto 4: Paciente de sexo masculino, 29 años de edad, grado de instrucción superior, y diagnosticado de trastorno esquizofrénico paranoide en Agosto de 1985.

Sujeto 5: Paciente de sexo masculino, 30 años de edad, grado de instrucción superior y diagnosticado de trastorno esquizofrénico crónico en Marzo de 1986.

2.2. Variables.

2.2.1. Variable Independiente:

"Entrenamiento en Habilidades Sociales"

2.2.2. Variable Dependiente:

Cambios observados en los registros de observación (ver anexo) de las siguientes conductas:

- Conductas paralingüísticas y no verbales : articulación, inflexión, fluidez verbal, velocidad del discurso, volumen de voz, contacto visual y postura corporal.

-Habilidades de conversación : coherencia en el discurso, dar y recibir cumplidos, expresar y reconocer emociones, dar opiniones, manejar críticas, hacer reclamos, rechazar pedidos o invitaciones, iniciar conversaciones, mantener una conversación y terminar una conversación.

2.3. Diseño de Investigación.

"Diseño pre-test/post-test con un solo Grupo" (Alarcón R., 1991).

2.4. Medios y materiales.

. Sala de Terapia 2 y Cámara de Videos de los Consultorios Externos de Adultos y Geriatria del I.N.S.M. "H. Delgado - H. Noguchi" .

. Recursos humanos: un médico psiquiatra, un psicólogo, cinco internos de psicología y un técnico electrónico.

. Recursos materiales: Hojas de registro de observación, afiches, pizarra acrílica, plumones, mota, sillas, mesa y equipo de filmación.

2.5. Procedimiento.

Preparación del Personal

Se llevó a cabo en un periodo de tres meses, durante dos horas a la semana, en la cuales se hacían revisiones y discusiones del módulo de trabajo presentado por Liberman, De Risi y Muesser en el Manual: "Social Skill Training for Psychiatric Patients".

Selección de Sujetos

Los sujetos fueron seleccionados por el médico psiquiatra de la Unidad Interdisciplinaria de Terapia Cognitivo-Conductual (UITCC) de los Consultorios Externos de Adultos y Geriatria del INSM "H. Delgado-H. Noguchi" teniendo en cuenta los siguientes criterios:

. Que no presentaran síntomas positivos prominentes de esquizofrenia (alucinaciones, delusiones y otros que le impidan vivir gregariamente).

. Que contaran con un repertorio de conductas básicas como: atención, discriminación, seguimiento de instrucciones y repertorio verbal mínimo.

. Que presentaran déficits en las conductas de habilidades sociales, evaluadas a través de autoreportes, reporte de familiares y médico tratante.

. Que tuvieran soporte familiar

que proporcionen alimentación, vestimenta y supervisión en la medicación.

.Que recibieran medicación fenotiazínica de depósito.

Una vez seleccionados los candidatos, el médico psiquiatra se reunió con cada paciente y las personas responsables de su cuidado para solicitar su inclusión al entrenamiento.

Fase de evaluación pre-entrenamiento.

La evaluación en esta fase se llevó a cabo en dos sesiones semanales de 90 minutos de duración, en las cuales se hacía un ensayo conductual de los comportamientos a trabajar para que, en base a los criterios especificados en la hoja de registro de observación, cuatro miembros del equipo terapéutico evaluaran la conducta como: en déficit, puntuando 1 o 2; o, adecuado, puntuando 3.

Fase de Entrenamiento

Se llevó a cabo en 18 sesiones semanales, de 60 minutos de duración cada una, en las que se implementaron las Técnicas del "entrenamiento en Habilidades Sociales": Ensayo conductual, asignación de tareas, reforzamiento, instigación, retroalimentación verbal y por video, técnicas de aserción verbal y otras.

Se siguió un Programa Preelaborado planteándose las metas para cada sesión; en las primeras seis sesiones se trabajó con las conductas para-lingüísticas y no verbales.

En la sesión número siete los pacientes recibieron información sobre la importancia del arreglo e higiene personal.

La octava y novena sesión estuvieron dedicadas a desarrollar en los pacientes habilidades para reconocer y expresar emociones en forma adecuada.

En las dos subsiguientes sesiones los pacientes recibieron entrenamiento para iniciar, mantener y terminar una conversación, para lo cual se emplearon principalmente las técnicas de modelaje, libre información y auto-descubrimiento (Lieberman y Col., 1989).

En la sesión número doce los pacientes aprendieron a dar y recibir cumplidos ante personas de su mismo sexo y del sexo opuesto.

En las siguientes tres sesiones se aplicó la técnica de aserción verbal: "Disco Rayado" (Smith, 1978) para entrenar a los paciente a rechazar pedidos, invitaciones, y/o hacer reclamos.

De la sesión dieciseis a la dieciocho los pacientes recibieron entrenamiento para el manejo de críticas empleando las técnicas de aserción verbal: "Banco de Niebla" y "Aserción Negativa" (Smith, 1978).

Evaluación post-entrenamiento.

Se llevó a cabo una vez por semana durante 3 sesiones de una hora de duración cada una, siendo el procedimiento similar al realizado en la evaluación antes del entrenamiento.

Tratamiento de datos.

Los datos fueron recogidos en base a los formatos de los registros de observación situacional, cuya principal característica fue evaluar observando directamente la ejecución de los sujetos en situaciones simuladas teniendo en cuenta criterios definidos operacionalmente. La confiabilidad de los registros se estableció por el grado de acuerdo entre 4 observadores.

RESULTADOS.

Completaron el entrenamiento los cinco sujetos, los cuales fueron eva-

luados en base a diecinueve conductas antes y después del entrenamiento. Las conductas recibían puntajes (1), (2) ó (3). Aquella que recibía puntaje (3) era aceptada como una conducta adecuada, mientras el (1) y el (2) significaban una ejecución pobre e insuficiente, respectivamente (conductas en déficit). El número de conductas con sus respectivos puntajes de cada uno de los sujetos antes y después del entrenamiento, se muestran en el primer cuadro y los cuadro subsiguientes (cada uno representa la evolución de cada paciente). Como se puede apreciar en los gráficos mencionados, cinco sujetos presentaron incrementos en el número de conductas aceptables (puntaje 3) y en las que necesitaban mejorar (puntaje 2); en tanto, el número de conductas que necesitaban trabajarse (puntaje 1) disminuyó.

Para confirmar hallazgos previos sobre la efectividad de las técnicas del Entrenamiento Grupal en Habilidades Sociales los datos del segundo cuadro fueron sometidos a la prueba de "Wilcoxon Pareada". Los resultados revelaron cambios estadísticamente significativos en el número de conductas con puntaje (3) en los cinco sujetos. $z=0.019$; $p < 0.05$. (Ver Cuadro N° 1 y Gráficos del 1 - 5).

DISCUSION

El análisis estadístico de los resultados nos permite afirmar que los sujetos sometidos al entrenamiento lograron cambios estadísticamente significativos en sus comportamientos de interacción social, lo cual corrobora los resultados obtenidos por Liberman y otros en experiencias similares. Sin embargo, cabe añadir que la experiencia de Liberman ha servido como un lineamiento general para el entrenamiento, ya que para este caso se han tenido que introducir nuevos aspectos así como desechar otros que no se

**CUADRO N° 1
NUMERO DE CONDUCTAS EVALUADAS DE ACUERDO A LOS
PUNTAJES OBTENIDOS ANTES Y DESPUES DEL
ENTRENAMIENTO**

SUJETO 1	PUNTAJE 1	13	68%	0	8%
	PUNTAJE 2	4	21%	6	32%
	PUNTAJE 3	2	11%	13	68%
SUJETO 2	PUNTAJE 1	9	47%	0	0%
	PUNTAJE 2	8	42%	10	53%
	PUNTAJE 3	2	11%	9	47%
SUJETO 3	PUNTAJE 1	16	84%	4	21%
	PUNTAJE 2	1	5%	11	58%
	PUNTAJE 3	2	11%	4	21%
SUJETO 4	PUNTAJE 1	9	47%	2	11%
	PUNTAJE 2	7	37%	8	42%
	PUNTAJE 3	3	16%	9	47%
SUJETO 5	PUNTAJE 1	3	16%	0	0%
	PUNTAJE 2	8	42%	2	11%
	PUNTAJE 3	8	42%	17	89%

PUNTAJE 1 Y 2 (Conductas en déficit)
PUNTAJE 3 (Conductas aceptables)

GRAFICO N° 1

CONDUCTAS SOCIALES DEL SUJETO 1, ANTES Y DESPUES DEL ENT.

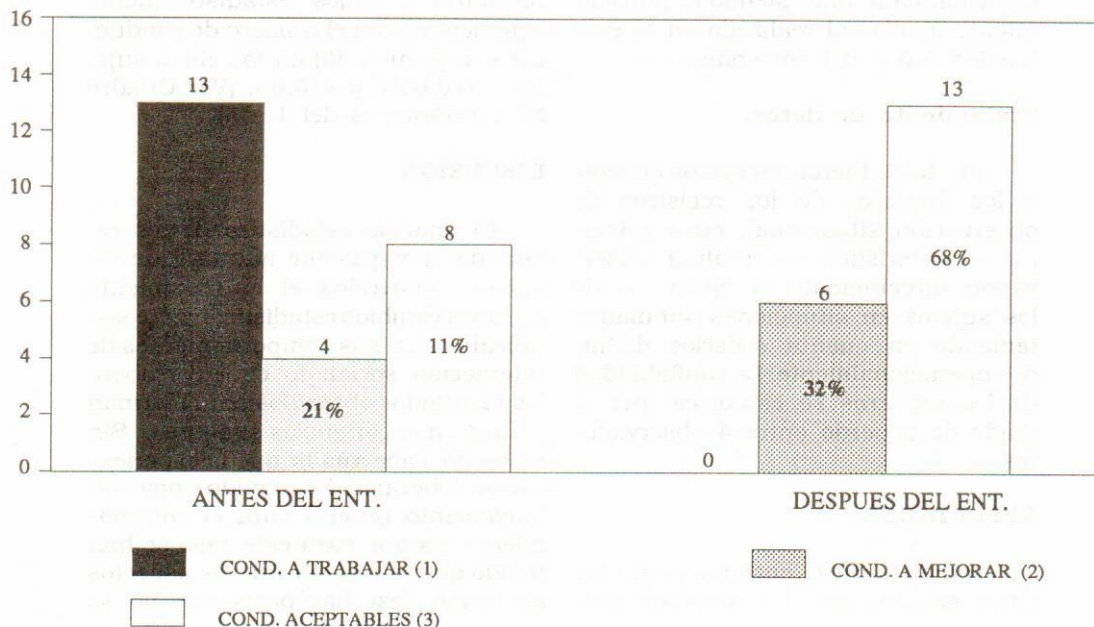


GRAFICO N° 2

CONDUCTAS SOCIALES DEL SUJETO 2, ANTES Y DESPUES DEL ENT.

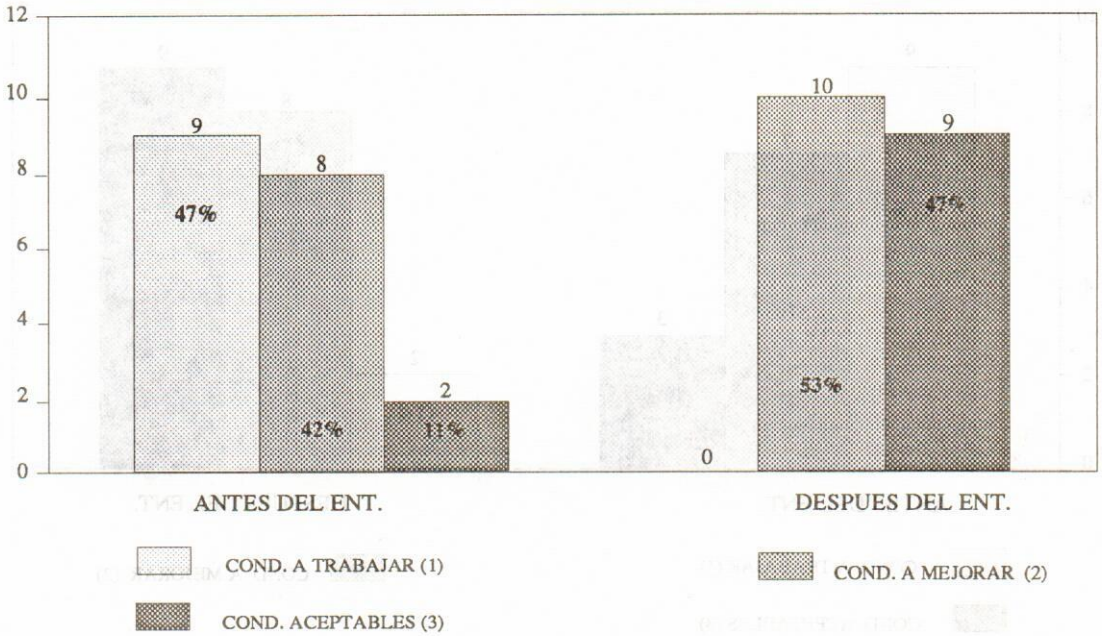


GRAFICO N° 3

CONDUCTAS SOCIALES DEL SUJETO 3, ANTES Y DESPUES DEL ENT.

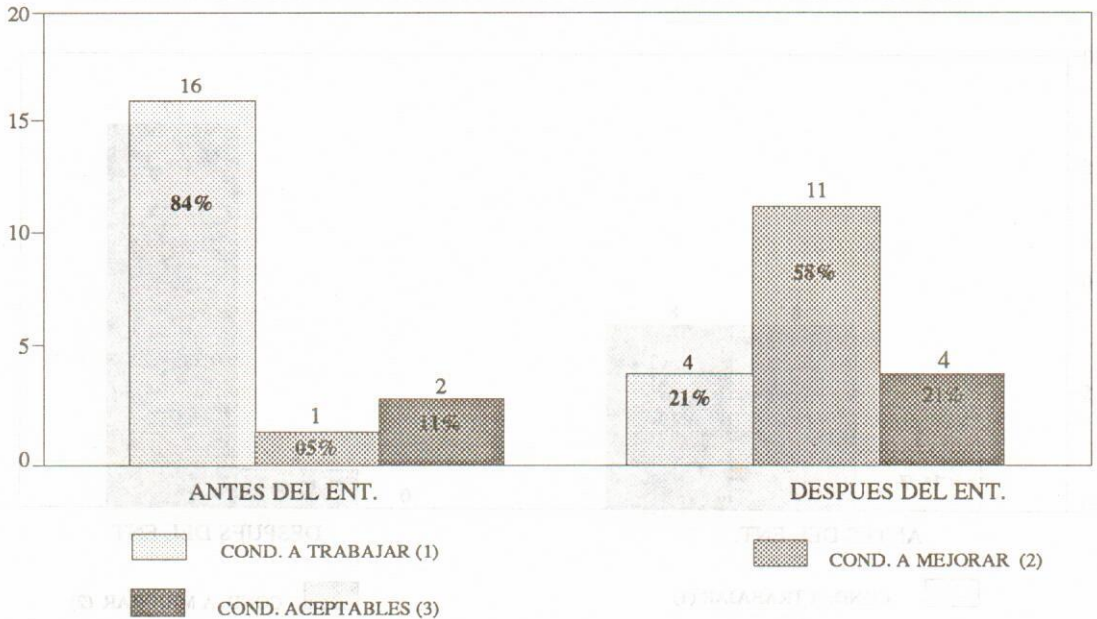


GRAFICO N° 4

CONDUCTAS SOCIALES DEL SUJETO 4, ANTES Y DESPUES DEL ENT.

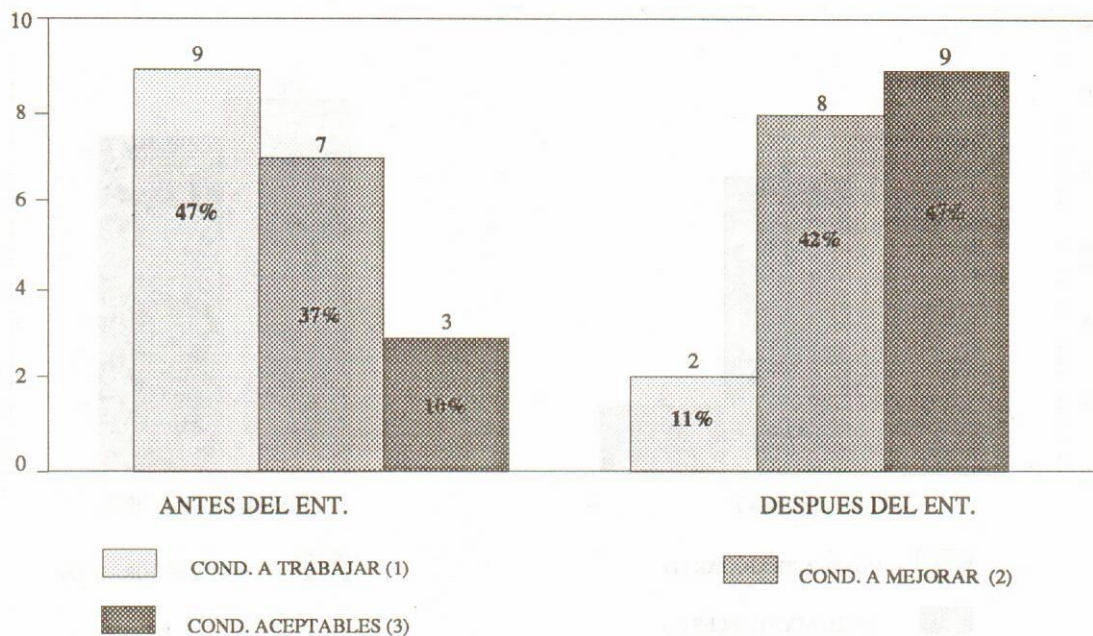
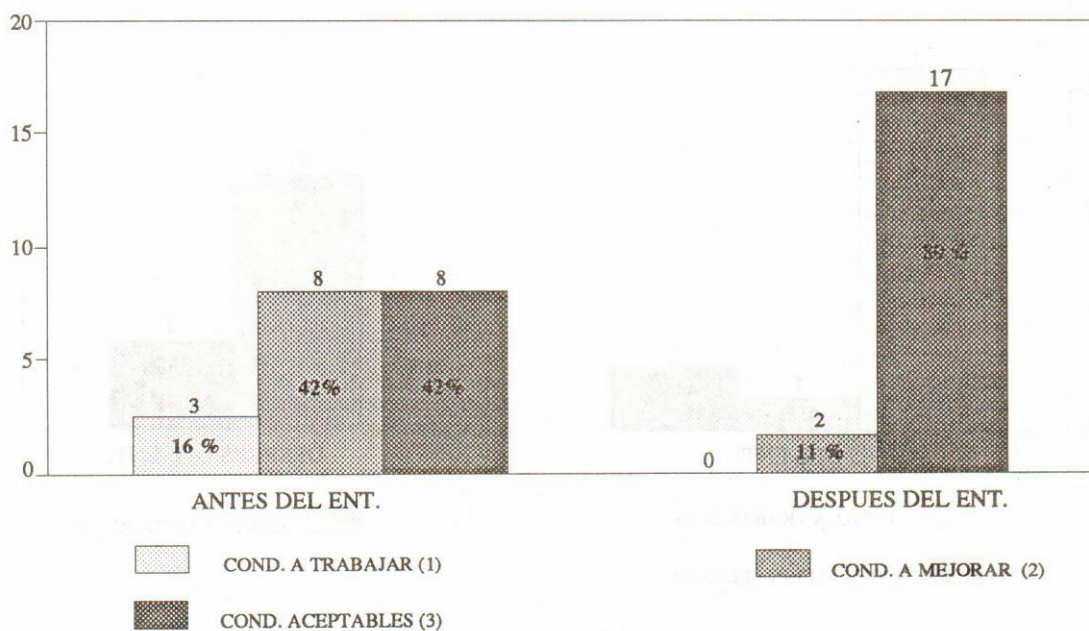


GRAFICO N° 5

CONDUCTAS SOCIALES DEL SUJETO 5, ANTES Y DESPUES DEL ENT.



adecuaban a nuestra realidad.

En líneas generales, los resultados nos permiten decir que los cinco sujetos con trastorno esquizofrénico crónico lograron beneficiarse del programa, en el sentido que no sólo aprendieron mejores formas de comportamiento social para ejecutarlas en las sesiones de entrenamiento, sino que este aprendizaje se generalizó a su medio ambiente natural, lo que fue puesto de manifiesto por los autoinformes de los propios sujetos, los de sus familiares y por los logros concretos de los pacientes tales como: la intención de empleo, el acceso a centros de estudios superiores y la mejora en sus relaciones interpersonales dentro de su familia, amigos y sociedad.

Los hallazgos de la presente investigación, por ser concordantes con otros estudios similares realizados bajo el mismo enfoque por Liberman y Wallace (1981); Bellack y Muesser (1986); Liberman, Boone y Col., (1987); y otros, confirman la efectividad de las técnicas conductuales involucradas en el entrenamiento para desarrollar habilidades sociales en pacientes con

trastorno esquizofrénico. Cabe destacar en este punto que, si bien en el presente estudio se tomaron en consideración las pautas dadas por Liberman, De Risi y Muesser en su manual de Entrenamiento en Habilidades Sociales con Paciente Psiquiátricos, este modelo no fue tomado rígidamente, sino que fue adaptado en el sentido que se agregaron otras técnicas como, por ejemplo, las de aserción verbal (Smith, 1973) ("el banco de niebla" "el disco rayado" y la "aserción encubierta"), además de desarrollar un instrumento propio de evaluación.

Para finalizar, cabe recomendar la realización de más trabajos a este nivel para llegar a conclusiones más firmes, así como para ver en que medida puede optimizarse o adecuarse el presente programa a sujetos con diferentes características a las presentadas por los empleados en el presente trabajo.

Los pacientes del estudio continúan, aún, en seguimiento mensual con la finalidad de evaluar la duración de los efectos logrados y observar el proceso de extinción de las conductas de habilidades sociales aprendidas.

REFERENCIAS

1. BELLACK A.S., HERSEN M., Y TURNER S. (1976) An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35: 1023-1028.
2. BELLACK Y MUESSER (1986) A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 22: 175-189.
3. BRADY J.P. (1984) Social Skills training for psychiatric patients I; concepts, methods, and clinical results. *American Journal of Psychiatry*, 141: 333-340.
4. BROWN Y MUNFORD (1983) Life Skills Training for Chronic Schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 466-470.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1987) Third Edition Revised (DSM-III-R).
6. EISLER, R.M.; MILLER, O.M., & HERSEN, M. (1973). Components of Assertive Behaviour. *Journal of Clinical Psychology*, 21: 295-299.
7. LIBERMAN et. al., (1986) Social skill training for schizophrenics at risk of relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143: 523-526.
8. LIBERMAN R.P., (1987), Psychosocial interventions in the Management of Schizophrenia: Overcoming disability and Handicap. Exposition Presented on the Symposium "Current Problems and Strategies for the treatment of schizophrenic". 140 Annual Meeting American Psychiatric Association. Chicago, Illinois.
9. LIBERMAN, De RISI Y MUESSER (1989). Social skills training for psychiatric patients. Pergamon Press.
10. WALLACE Y LIBERMAN (1985). Social Skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatric Research*, 14:239-247.

Casilla Postal
Instituto Nacional de Salud Mental
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi "
Av. Alameda Palao s/n - S.M.P.

ANEXO

1. CONDUCTAS

PARALINGUISTICAS:

1. VELOCIDAD:

1. El discurso no se entiende por ser demasiado lento o rápido.
2. El discurso se entiende aún siendo lento o rápido.
3. El discurso se entiende, no siendo lento o rápido.

2. FLUIDEZ VERBAL:

1. El discurso no se entiende por tener periodos de silencio sin razón aparente.
2. El discurso se interrumpe por tener periodos cortos de silencio y el uso de muletillas.
3. El discurso no se interrumpe por periodos de silencio ni el uso de muletillas (este, ... o sea, ... etc.).

3. INFLEXION:

1. No hay variación del tono de voz (monotonía) durante todo el discurso.
2. No hay variación del tono de voz durante partes del discurso.
3. Variación del tono de voz durante el discurso.

4. ARTICULACION:

1. Las palabras del discurso no son comprensibles.
2. Algunas palabras del discurso no son comprensibles.
3. Las palabras del discurso son comprensibles.

5. VOLUMEN

1. Volumen no audible o muy alto (gritos) sin razón aparente durante

todo el discurso.

2. Volumen poco audible o muy alto sin razón aparente para ello durante partes del discurso.

3. Volumen audible a una distancia aproximada de un metro durante el discurso.

2. CONDUCTAS NO VERBALES:

6. CONTACTO VISUAL:

1. No hay contacto visual o mantiene la mirada fija sobre un mismo objetivo durante todo el discurso.

2. No hay contacto visual o mantiene la mirada fija sobre un mismo objetivo durante partes del discurso.

3. No evita ni mira fijamente durante la interacción.

7. POSTURA:

1. Postura rígida que denota tensión muscular o movimientos estereotipados durante la interacción.

2. Postura rígida que denota tensión muscular o movimientos estereotipados durante partes de la interacción.

3. Postura adecuadamente relajada (no denota tensión muscular ni movimientos estereotipados) durante la interacción.

8. MOVIMIENTOS DE MANOS:

1. No presenta movimiento de manos alguno o se da en exceso durante todo el discurso.,

2. No presenta movimiento de manos o se da en exceso durante partes del discurso.

3. Presenta movimiento de manos de acuerdo al discurso facilitando la

comprensión del mismo.

3. CONDUCTAS DE ASERCIÓN VERBAL

9. EXPRESIÓN DE EMOCIONES:

1. La emoción no corresponde a la situación (ej.: en una situación que demanda tristeza, se ríe) o se expresa con más de seis déficits paralingüísticos y no verbales.

2. La emoción corresponde a la situación pero las conductas paralingüísticas y no verbales presentan entre cuatro y seis déficits.

3. La emoción corresponde a la situación y/o son emitidas con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

10. RECONOCIMIENTO DE EMOCIONES:

1. No identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de las emociones básicas (ansiedad, tristeza, cólera, alegría).

2. Identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de dos o tres emociones básicas.

3. Identifica las conductas paralingüísticas y no verbales de las cuatro emociones básicas.

11. DAR CUMPLIDOS:

1. No emite cumplidos verbales a otras personas y/o lo hace con más de cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

2. Emite cumplidos verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

3. Emite cumplidos verbalmente aún cuando puede presentar entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

12. RECIBIR CUMPLIDOS:

1. No responde verbalmente a los cumplidos que se le dan y/o presenta más de cuatro déficits paralingüísticos

y no verbales.

2. Responde verbalmente a los cumplidos que se le dan y presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

3. Responde verbalmente a los cumplidos que se le dan aun cuando presenta entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

13. DAR OPINIONES Y/O CRÍTICAS:

1. No emite opiniones verbales a otras personas y/o lo hace con más de cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

2. Emite opiniones verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

3. Emite opiniones verbalmente aún cuando presente entre uno y dos déficits paralingüísticos y no verbales.

14. RESPONDER A CRÍTICAS

MANIPULATORIAS (COMENTARIOS QUE BUSCAN QUE UNA PERSONA EMITA UN COMPORTAMIENTO QUE NO DESEA):

1. Accede a las críticas manipulatorias y/o responde agresivamente,

2. No accede a las críticas manipulatorias pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.

3. No accede a las críticas manipulatorias y/o presenta menos de tres déficits para lingüísticos y no verbales.

15. HACER RECLAMOS:

1. No hace reclamos verbalmente y/o los hace en forma agresiva (grita, golpea, insulta, etc.).

2. Hace reclamos verbalmente pero presenta entre tres y cinco déficits para lingüísticos y no verbales.

3. Hace reclamos verbalmente con menos de tres déficits paralingüísticos

y no verbales.

**16. ACEPTAR ERRORES
COMETIDOS:**

1. No acepta errores cometidos.
2. Acepta errores cometidos presentando entre tres y cinco déficits paralingüísticos y verbales.
3. Acepta errores cometidos presentando menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

**17. RECHAZAR INVITACIONES O
PEDIDOS:**

1. Acepta invitaciones o pedidos sin desearlo.
2. Rechaza invitaciones o pedidos pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Rechaza invitaciones o pedidos con menos de tres déficits paralingüísticos

y no verbales.

18. INICIAR CONVERSACIONES:

1. No inicia conversaciones.
2. Inicia conversaciones pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Inicia conversaciones con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Mantiene una conversación con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.

20. TERMINAR UNA CONVERSACION:

1. No termina conversaciones.
2. Termina conversaciones pero presenta entre tres y cinco déficits paralingüísticos y no verbales.
3. Termina conversaciones con menos de tres déficits paralingüísticos y no verbales.