

EXPERIENCIAS

Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales

Generalization of the effects in the social skills programs

Sira OR VIZ GARCÍA*
María LEMA BAR TOLOMÉ

Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares y Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

Los entrenamientos en habilidades sociales (EHS) constituyen un formato estructurado de intervención en el campo de la rehabilitación psicosocial, dirigida a personas con problemas psiquiátricos graves (Parrado, Rodríguez, y Jimeno, 1997).

En este trabajo, se trata el tema de la generalización, para ello, se lleva a cabo una breve descripción del funcionamiento social de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, así como de los programas de entrenamiento destinados a aliviar esos déficits.

Posteriormente se define el concepto de generalización y se exponen los requisitos que son necesarios antes y durante los entrenamientos para que ésta se produzca.

En el punto que denominamos consideraciones finales, se hace referencia a diferentes resultados obtenidos en los estudios sobre generalización, intentando clarificar las discrepancias existentes desde un marco general de rehabilitación. Finalmente se exponen las conclusiones finales del trabajo expuesto.

PALABRAS CLAVE

Entrenamiento en habilidades sociales, Generalización, trastornos psiquiátricos crónicos.

ABSTRACT

Social skills training is a structural method of intervention in the field of psychosocial rehabilitation of patients with chronic psychiatric problems (Parrado, Rodríguez, and Jimeno, 1997).

* Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. (Gestión Técnica Grupo Exter S.A.)

no, 1997). In this work generalization is discussed. A brief description of the social behaviour of patients diagnosed with schizophrenia as well as the training programmes designed to solve these deficiencies are first given. The concept of generalization is later defined, and the requirements needed before and after training in order generalization could take place are also discussed. Results obtained in other generalization studies are mentioned in the final considerations section, and the disagreements between them are clarified from the point of view of the rehabilitation framework. Finally the conclusions of the present work are then finally stated.

KEY WORDS

Social skills training, Generalization, Psychiatric chronic problems

L. FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA.

Una de las grandes consecuencias de la esquizofrenia es el deterioro en el funcionamiento social, que conlleva pobre calidad de vida, aislamiento, interferencias en el trabajo y en el entorno familiar. Estos aspectos se relacionan con déficits como inhibición verbal e inadecuación en las habilidades de coping; déficits que contribuyen a disminuir la calidad de vida de los pacientes llevándoles a una situación de soledad insalubre. Además, los déficits en habilidades sociales (HS) pueden contribuir a empeorar sus síntomas y amenazan su capacidad para cuidarse y afrontar los estresores de la vida diaria. Otra consecuencia de la incompetencia social es que impide el desarrollo de relaciones amistosas y la formación de una red de apoyo con efecto amortiguador de crisis. Los efectos de los déficits en habilidades sociales expuestos anteriormente, así como la eficacia que se atribuye a los EHS, justifican la atención que se le está prestando a los programas citados.

A continuación exponemos brevemente en que consisten los EHS, así

como la evolución que han experimentado desde que empiezan a aplicarse hasta la actualidad.

Los entrenamientos en H.S. son procedimientos educacionales altamente estructurados, en los que se aplican las estrategias de modelado, role playing, refuerzo social y feedback. Desde los años 70, año en el que empiezan a ponerse en marcha estos programas, muchas investigaciones han avalado la mejoría que se produce en diversas competencias sociales (conversación, asertividad, habilidades de relación heterosocial, así como en habilidades instrumentales). Aparte de los beneficios ya citados Liberman y Eckman (1989), encuentran que también se producen efectos positivos en la denominada sintomatología psicótica. Los métodos de entrenamiento que se aplicaban en un principio se basaban en habilidades motoras (mirada, postura, gestos, etc.) como simples repertorios de respuestas casi automáticos. Estos son los denominados modelos clásicos de entrenamiento. Posteriormente aparecen los modelos de HS y resolución de problemas (Liberman, Wallace, Blackwell, Eckman, Baccaro, 1993), que constituyen una alter-

nativa a los anteriores y favorecen la generalización, al introducir nuevos elementos destinados a incrementar la competencia y la capacidad de solventar problemas sociales. Actualmente está adquiriendo mucha relevancia el modelo de Roder, Brenner, Hodel y Kienzle (1996), conocido como programa de terapia integrada (TP). Partiendo de éste se afirma que son necesarias aproximaciones moleculares previas al entrenamiento en HS, lo cual se concreta en la inclusión de un módulo de rehabilitación cognitiva, que se aplica antes del entrenamiento propiamente dicho. A pesar de estos avances e inclusión de nuevas estrategias, la dificultad de generalizar lo aprendido en el entrenamiento a situaciones nuevas o de que esto se mantenga durante períodos largos de tiempo sigue patente.

2. GENERALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS ENTRENAMIENTOS.

2.1. Definición de Generalización:

Se entiende como generalización de los efectos del entrenamiento, la presencia de la nueva respuesta o habilidad adquirida, en contextos o situaciones diferentes a aquellas en las que se dió el aprendizaje (Kelly, 1982). El aprendizaje se produce durante los entrenamientos; éstos, se basan en principio en reproducir una situación interpersonal, en la que el sujeto no es capaz de responder de forma eficaz, es decir, no consigue en esa interacción las consecuencias o los objetivos deseados. En este entrenamiento, los ensayos conductuales tienen un papel central, pero la realización correcta de los mismos no constituyen un fin en sí mismas, sino únicamente un medio para conseguir que los usuarios sean más competentes en el medio en el que tengan que desenvolverse. En palabras de Caballo (1993), lo que busca el terapeuta es establecer el cambio durante

esa práctica controlada de la situación problemática y luego, lo realmente importante es facilitar la generalización de las habilidades aprendidas por el paciente a las situaciones conflictivas que tienen lugar en la vida real. Así, en aquellos casos en los que los pacientes muestren HS apropiadas durante los entrenamientos, pero luego fracasen en la vida real, la intervención no sirve a su finalidad clínica. Cuando se habla de generalización es preciso considerar tres dimensiones:

A. Generalización en el tiempo.

Sería el mantenimiento de la habilidad adquirida mediante entrenamiento en el repertorio del individuo, durante un período largo de tiempo que va más allá de la duración del programa.

B. Generalización de un contexto físico a otro.

Se refiere al mantenimiento de la habilidad fuera del contexto físico donde se ha aprendido. Es decir aunque el entrenamiento sea en dispositivos de rehabilitación, la conducta debe repetirse en el trabajo, en el hogar familiar, en el bar etc.

C. Generalización de unas situaciones interpersonales a otras.

Alude a la capacidad del entrenado para responder adecuadamente en situaciones interpersonales específicas, diferentes a las entrenadas (con personas de distinto status, distinto sexo, etc.).

Hasta este momento, se ha hecho un breve resumen en el que hemos intentado, dar una visión global sobre los déficits de comunicación de los esquizofrénicos, el papel de los EHS para incidir sobre estos déficits y la relevancia de la generalización. Consideramos que la exposición anterior nos permite empezar a referirnos con mas

profundidad al tema central de este trabajo, por tanto a partir de ahora se dedicarán las siguientes páginas a exponer las pautas que favorecen la generalización, así como las controversias existentes respecto a este tema. Como se ha dicho anteriormente, numerosos estudios han avalado la eficacia de los programas de entrenamiento en HS (Hersen y Bellack, 1976). Además Liberman (1989), afirma que no sólo es posible el aprendizaje, sino que siguiendo unas pautas adecuadas para promover la generalización, ésta tiene lugar, tanto en el tiempo, como de unas situaciones interpersonales a otras, o de unos ámbitos a otros. En los estudios sobre generalización, existe acuerdo sobre los cambios significativos que se experimentan al final del programa, según las formas típicas de evaluación: medidas de autoinforme, ensayos conductuales, escalas de evaluación de HH.SS, asertividad etc., pero no se puede hablar del mismo consenso cuando los distintos autores se refieren a la generalización (Hayes, Halford, Várgnese, 1991). Justamente las discrepancias mencionadas constituyen el punto de partida de este trabajo además de un intento, no de resolverlas, pero sí al menos, de entenderlas.

2.2. Pautas para fomentar la generalización:

En este apartado pretendemos dar una serie de pautas, cuya aplicación favorezca el proceso de generalización, ya que para que esta tenga lugar a partir del entrenamiento en HS, tiene que ser programada, más que esperada o lamentada (Hersen, Eisler y Miller, 1974). Por tanto, se exponen a continuación una serie de puntos que contribuyen a la consecución de los efectos deseados, aludiendo a dos fases de los programas:

1. Planificación.
2. Entrenamiento propiamente dicho.

2.2.1. Planificación:

Esta primera fase es previa al entrenamiento propiamente dicho, pero se podría considerar tanto o más importante que éste. Para referirnos a este proceso inicial, es conveniente aludir a temas como individualización y contextualización. Es decir partimos de una persona que ha de llegar a desenvolverse de forma adaptativa en un ámbito determinado, (un individuo en un contexto). Para eso, se han de tener en cuenta una serie de requisitos previos, éstos son:

- Evaluar cada caso teniendo en cuenta sus déficits y sus competencias para llegar a conductas diana a modificar o reforzar.
- Plantearse objetivos concretos con cada uno de los usuarios respecto a los problemas detectados.

Una vez realizados estos pasos es labor del terapeuta crear el programa que responda y se adecue a las necesidades del grupo que va ser a entrenado. Apoyando estos argumentos nos encontramos la publicación de Scott, Himadi y Keane (1983), en la que sugieren que es preciso enseñar habilidades que ofrezcan soluciones válidas a los problemas reales que tengan las personas así como emplear tantas variaciones de situaciones como sea posible. Esto conlleva una selección cuidadosa por parte del terapeuta de las situaciones de ensayo, de la asignación de tareas y de posibles prácticas en vivo. Llevar a cabo los pasos citados, hace imprescindible aludir brevemente al proceso de evaluación. Se puede empezar por señalar la utilidad de inventarios de asertividad o HS (métodos de evaluación usados con mucha frecuencia), pero es preciso hacer hincapié en aquellos déficits o excesos que provocan problemas incapacitantes en la vida del individuo. Es por estas razones por las que la evaluación y los datos obteni-

dos a raíz de ésta, empiezan a ser relevantes a partir de su utilidad para planificar la intervención dirigida a obtener beneficios claros y rápidos o a producir al menos pequeños impactos en la vida de los usuarios. Para conseguir estos objetivos, además de los aspectos ya citados, es preciso tener criterios que nos ayuden a seleccionar qué tipo de conductas son prioritarias en el repertorio del usuario:

- En principio debemos tener en cuenta los ámbitos sociales en los que el usuario se desenvuelve, personas con las que se siente más incómodo y el tipo de conflictos que aparecen cuya solución produciría beneficios en su vida.
- Por otra parte también es importante seleccionar conductas que sean frecuentes o de alta probabilidad de ocurrencia. No tiene ninguna funcionalidad entrenar a las personas a ejecutar comportamientos que no van a tener necesidad de llevar a cabo. Aunque los EHS se realizan habitualmente en un formato grupal, no deben desestimarse las atenciones individuales y las ventajas de las mismas para situaciones específicas, así como aquellas que se derivan de la monitorización de los cambios. Es decir, además de la evaluación previa al inicio de un programa es importante la evaluación continua, que permite la valoración de los procedimientos que se están aplicando.

Por último, en esta fase de planificación, conviene formular objetivos basándose en los resultados de la evaluación, como "el otro extremo de la línea de intervención". Es decir, en esta fase de planificación la evaluación constituye el punto de partida y los objetivos, el punto al que consideramos que podemos llegar (Orviz y Fernández 1997).

2.2.2. Durante el entrenamiento:

En el apartado anterior se alude a la necesidad de diseñar el programa o ajustarlo a las necesidades del grupo antes de iniciar el entrenamiento, basándose para ello en los déficits detectados, relacionados con situaciones sociales determinadas, respecto a las que nos planteamos objetivos a conseguir. A continuación se describirán una serie de pautas que deben aplicarse durante los entrenamientos con la finalidad de potenciar la generalización.

A. *Uso de formatos grupales.*

El entrenamiento en grupo constituye una situación social en sí, (adaptarse a un grupo ya es un logro); se producen o pueden producir en él, situaciones sociales o conflictos muy variados aprovechables para evaluar y entrenar competencias. Si se plantean situaciones fuera de contextos clínicos de entrenamiento, tendremos situaciones reales, no simuladas, que proporcionan muchos modelos de conducta, posiblemente más cercanos a los usuarios que el estilo de los terapeutas (Caballo, 1993).

B. *Entrenamientos realistas.*

Otro aspecto importante es llevar a cabo entrenamientos realistas, maximizando el número de elementos comunes a la vida real. Con esto se hace referencia principalmente a los ensayos conductuales, que precisan unas características determinadas:

Conviene plantearse de antemano si una respuesta tiene posibilidades de ser reforzada en una situación real y en caso de que ésto sea así, la forma que tendrá dicho refuerzo social. Probablemente un saludo vaya seguido de otro saludo, no de exclamaciones como ¡perfecto!, ¡lo has hecho muy bien!, etc.

Por otro lado la defensa de los derechos individuales por parte de alguien que no acostumbra a hacerlo, probablemente no tenga las consecuencias deseadas, sino una respuesta aún más agresiva por parte de otro. Estos aspectos deben tenerse en cuenta en los entrenamientos. Aunque en el inicio del programa sea pertinente plantear situaciones fáciles, con baja carga emocional, refuerzos (casi desmedidos) impartidos por el terapeuta, es preciso no olvidarse de complejizar esas situaciones de relación interpersonal, y de la necesidad de que se emitan las conductas, seguidas de las consecuencias probables que tendrían en situaciones naturales.

C. Comprensión básica de la comunicación.

En este apartado se alude a la conveniencia de disponer de formas de entrenamiento que faciliten el aprendizaje y comprensión de las bases generales de la comunicación, frente al uso de estrategias memorísticas, simplemente. Para esto, conviene introducir reflexiones razonadas sobre los aspectos que se entrenan, por ejemplo analizar con los usuarios el efecto que les produce una persona que no mantiene el contacto visual, la impresión que el usuario produce a su vez a terceros en el mismo caso; el efecto de un tono muy alto o muy bajo; cómo se interpreta una situación en la que se hace una crítica y el otro se calla; los efectos que se producen cuando alguien saluda, o cuando no lo hace, etc.

D. Entrenamiento a personas cercanas al usuario.

Consiste en entrenar a individuos cercanos al cliente para crear elementos reforzadores que mantengan la conducta adquirida. Aunque es difícil de llevar a cabo conviene que algunos colaboradores refuercen los nuevos repertorios conduc-

tuales en situaciones reales, esto sería: instigar a los usuarios para que ellos pidan, pregunten, opinen y reforzar sus actuaciones, quitando importancia a pequeños errores, y proporcionando alternativas.

E. Practicar en el medio natural.

En este apartado se recoge la necesidad de dejar el ámbito clínico y practicar en situaciones reales (la calle, un bar, recoger información, conversar etc.). Por supuesto algunas situaciones, no permiten la práctica con la presencia de los terapeutas, presencia que por otro lado es preciso desvanecer paulatinamente.

F. Asignación de tareas.

Consiste en asignar tareas para que ellos las realicen por si mismos, poniendo a prueba sus capacidades. Esto puede ser especialmente adecuado a partir de fases intermedias del programa de entrenamiento, cuando el cliente haya incorporado nuevas habilidades a las que inicialmente tenía. También puede ser recomendable que el usuario en un principio evite enfrentarse a situaciones, en las que es probable, no sepa desenvolverse, hasta que estemos convencidos de que está preparado para ello (Kelly, 1982). Sheldon (1977) (cita en Caballo, 1993), señala que el método más efectivo para promover la generalización es una combinación de interacción verbal y ensayos de conducta junto con trabajos para casa que impliquen la práctica espaciada en situaciones variadas. Los resultados de un estudio llevado a cabo por Fallon, Lindley, McDonald y Marks (1977), ponen de manifiesto que los pacientes que habitualmente realizan las tareas asignadas en los entrenamientos en HS, obtienen más beneficios a partir de su paso por los programas y que éstos se mantienen en la fase de seguimiento.

G. Sobreaprendizaje.

Consiste en repetir las prácticas más allá del punto donde se produce el aprendizaje. Se trata de una estrategia muy ventajosa que contribuye a la permanencia temporal de las conductas y a que se transfiera a nuevas situaciones (Liberman y cols, 1989).

H. Autoevaluación y autorefuero.

Otro factor que se debe incluir en los entrenamientos con la finalidad de promover la generalización, es enseñar al usuario a evaluar su propia conducta. Una vez más esto debe presidir todo el entrenamiento y está relacionado con lo que todos conocemos como feedback, consistente en informar al usuario sobre aquellos aspectos adecuados, que han estado presentes en su respuesta y de aquellos que deben mejorarse. Esta función inicialmente corresponde al terapeuta, pero posteriormente conviene que los usuarios sean capaces de hacer lo mismo respecto al comportamiento de los demás y respecto al suyo propio. Para impartir el feedback se utilizan las referencias de sensación subjetiva del sujeto, objetivos conseguidos, aspectos motores, situación de la otra persona, y posibilidad de mejorar las respuestas anteriores (Anthony, Cohen, y Cohen, 1984).

I. Reducción paulatina de las sesiones de entrenamiento.

Una vez que las conductas están establecidas, es conveniente reducir el número de sesiones paulatinamente, sin producir cortes repentinos.

J. Programas de entrenamiento extensos.

La duración de los programas también afecta al proceso de generalización (los programas de entrenamiento más largos correlacionan con generalización, según Liberman 1989).

3. CONSIDERACIONES FINALES.

A lo largo de esta exposición se ha intentado reflejar aquellos aspectos que desde la práctica clínica, contribuyen a potenciar la generalización. En principio, si se aplican estas pautas dentro de programas estructurados de entrenamiento, la generalización ha de darse. No obstante, referirse al tema que estamos tratando exige considerarlo de forma exhaustiva, teniendo en cuenta aquellos conocimientos o resultados procedentes de diferentes estudios y contrastando los resultados de los mismos. Este contraste de conclusiones nos lleva en principio a un terreno confuso, así ante la pregunta, ¿los beneficios obtenidos a partir de los entrenamientos en habilidades se generalizan en el tiempo y de un contexto a otro?, nos encontramos con diferentes planteamientos:

La respuesta sería afirmativa, según Liberman (1989) y Hogarty (1991). Ambos autores coinciden en que la mejora del funcionamiento social puede extenderse a otras áreas como las áreas laborales o vida independiente y que sus efectos se mantienen en plazos de 2 años. Pero nos encontramos por otro lado con las conclusiones de los estudios de meta-análisis de Dilk y Bond (1996). Según estos autores y los datos que provienen de 68 estudios revisados, la respuesta sería la contraria. Es decir, se producen efectos beneficiosos en los entrenamientos que no se generalizan a la vida real.

Para interpretar estos desacuerdos respecto a los resultados, debemos tener en cuenta las características tanto del entrenamiento como de los estudios a partir de los cuales se establecen estas conclusiones. En nuestro intento de entender la disparidad de resultados que se plantean empezaremos por citar a Dilk y Bond (1996), en la que justifican la necesidad de su trabajo de meta-análisis

a partir del contraste existente entre las predicciones optimistas de las dos últimas décadas sobre la efectividad de los EHS y las también bien documentadas limitaciones de los enfoques rehabilitadores a corto plazo. Este punto de partida puede llevar a considerar los EHS como formas específicas de intervención, susceptibles de ser aplicadas aisladamente en el abordaje de la esquizofrenia o a considerar la rehabilitación psicosocial como una intervención intensa de corta duración. Esto constituiría un punto de partida erróneo, que no se apoya en absoluto ni en el modelo explicativo que comparte la intervención psicosocial, ni con los datos empíricos que avalan la efectividad de modelos de intervención que comparten las siguientes características:

- tratamientos comprensivos, en los que se aplican diversos programas de intervención que inciden tanto en variables del individuo como del entorno.
- tratamientos de larga duración, dado que cuando hablamos de esquizofrenia, hoy por hoy, nos referimos a un trastorno crónico, que como tal no se despacha con una intervención intensa de corta duración.
- tratamientos que consideren las diferencias individuales, versus aplicaciones estandarizadas de programas estructurados.

Estos aspectos no siempre son tenidos en cuenta por clínicos e investigadores (Bellack y Mueser, 1993). Aclarar estos presupuestos básicos, entre otras cosas, nos ayudaría a explicarnos la inconsistencia entre los resultados optimistas de Liberman (1989) y Hogarty (1991) anteriormente citados, en contraste con aquellos que proceden de los estudios de meta-análisis (Benton y Schroeder, 1990;

Corrigan, 1991; Dilk y Bond 1996). Autores como Liberman y Hogarty trabajan en base a planteamientos integradores que cumplirían los presupuestos que acabamos de citar respecto a la intervención, además de trabajar con poblaciones no institucionalizadas. Por otro lado, de sus publicaciones se deduce que promocionan desde un punto de vista teórico las pautas citadas en el apartado que se refiere a las estrategias para potenciar la generalización, y que las aplican en la práctica clínica. Refiriéndonos de nuevo a los estudios de meta-análisis, recogemos a continuación las estrategias que consideran los estudios revisados por Dilk y Bond (1996). Según éstos, aparecen las siguientes estrategias para potenciar la generalización:

25 estudios.....42,4%	programan la generalización.
7 estudios.....11,9%	usan entrenamientos en vivo.
9 estudios.....15,3%	incluyen autorrefuerzo.
24 estudios.....40,7%	asignan tareas para casa.

Por otro lado, estos estudios son principalmente americanos, y los datos provienen en su mayoría de pacientes institucionalizados. Esto constituye otra diferencia significativa respecto a las poblaciones con las que Liberman o Hogarty llevan a cabo sus programas, ya que sus usuarios proceden de ámbitos comunitarios.

Respecto a la cantidad de horas de entrenamiento la mayoría de ellos tiene una duración de 40 horas (Benton y Schroeder, 1990), lo cual supone una duración muy corta respecto a las horas de entrenamientos de programas más integradores.

Como resumen final podríamos añadir que si las estrategias utilizadas para potenciar la generalización es la reflejada en los estudios de meta-análisis citados, lo realmente lógico es que ésta no se dé; ya que como hemos visto, la mayoría de los estudios no tienen en cuenta la plani-

ficación de la generalización o aplican estrategias aisladas.

4. CONCLUSIONES FINALES:

1. Basándonos en los argumentos expuestos con anterioridad, consideramos que no deben desestimarse los beneficios obtenidos en los entrenamientos, aunque existan dudas respecto a su generalización. Las poblaciones con problemas crónicos por definición, son muy agradecidas ante pequeños cambios. Los beneficios de los entrenamientos pueden producir pequeñas mejoras en su vida que les permitiría funcionar en un ámbito durante un tiempo determinado, aunque esto no les permita cambiar de ámbito sin el apoyo del terapeuta. Esto es bastante consistente con las características definitorias de la esquizofrenia, y con el curso crónico asociado a la misma. Pretender otro tipo de metas o curaciones rápidas, exigiría trabajar fuera del marco de un trastorno de curso crónico y deteriorante.

2. Aunque en ocasiones el panorama nos parezca desolador, esto nos sitúa al mismo nivel que otros campos de la salud donde nos encontramos con muchas alteraciones crónicas e incurables y con métodos de intervención que son eficaces, sólo, para algunos casos o que solamente amortiguan los efectos de la alteración.

3. En ningún momento debemos considerar los entrenamientos en HS, como la forma de intervención exclusiva para las poblaciones con problemas psiquiátricos crónicos dada la variabilidad y heterogeneidad del trastorno y por tanto de la población diagnosticada como tal. La intervención psicosocial que ha demostrado ser efectiva es algo más amplio o comprensivo que la aplicación aislada de EHS.

4. Es preciso tener en cuenta los resultados de los estudios revisados, pero también esto debe hacerse con cautela, dada la inconsistencia de los mismos y la dificultad de extrapolarlos a nuestras poblaciones e intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, W.A, Cohen, M.R. y Cohen, B.F. (1984). Psychiatric rehabilitation. En J.A. Talbot (Ed.) *The chronic mental patient. Five years later*, 137-157. Orlando, Florida: Grune & Stratton, Inc.
- Bellack, A. y Mueser, K. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (2), 317-336.
- Benton M.K. y Schroeder H.E. (1990). Social skill training with Shizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 741-747.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España S.A.
- Caballo, V.E. y Carroble, J.A. (1998). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 93-114.
- Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adults psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Therapy & Exp. Psychiatric*, 22, 3, 203-209.
- Dilk, M.N. y Bond, G.R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1337-1346.
- Falloon, I.R.H, Lindley, P., Mcdonald, R. y Marks, I.M. (1977). Social skills training of outpatient groups. A controlled study of rehearsal and homework. *Brittish Journal of Psychiatry*, 131, 599-609.
- Hersen, M. Y Bellack, A.S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients: Rationale research findings and future directions. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 559-580.
- Hersen, M., Eisler, R.M. y Miller, P.M. (1974) . An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behavior Research and Therapy*, 12, 295-310.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Ulrich, R.F. y Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: Two year effects of controlled study on relapsed and adjustment . *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347 .
- Kelly, J.A. (1982). *Social Skill training. A practical guide for interventions*. New York: Springer Publishing Company.
- Lieberman, R.P. y Eckman, T.A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities. *Journal of Psychiatric*, 155, 117-122.
- Lieberman, R.P., Wallace, Ch.P., Blackwell, G., Eckman, T.A., Baccaro, J.V. y Kuehenel, T.G. (1983). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules. *Innovations and Research*, 2 (2), 43-60.
- Lieberman, R.P., De Risi, W.J. y Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
- Orviz, S. y Fernández, J. (1997). Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En A. Rodríguez (Ed). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* Madrid: Pirámide, 229-247.
- Parrado C., Rodríguez A., Jimeno N. (1997). Tratamientos psicosociales en los síndromes esquizofrénicos. *Psiquiatría Pública*, 9(1), 55-65.
- Roder, W., Brenner, H.D., Hodel, B., Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel S.A.
- Scott, R.R., Himadi, W., y Keane, T.M. (1983). A review of generalization in social skill training. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Comps.), *Progress in behavior modification*, 15. Nueva York: Academic Press.