

# FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN HABILIDADES SOCIALES

J. Guarch, R. Cirici, M. Bel, J. Obiols.  
Hospital Clínic, Barcelona

*Social Skills Training is one of the few psychosocial interventions of proven effectiveness with schizophrenic patients. The present article discusses theoretical and practical aspects of this technique within the framework of Family Educational Therapy, and make references to work being done in this area at the Hospital Clínic de Barcelona.*

---

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que ha sido objeto de estudios y revisiones a lo largo de toda la historia de la Psiquiatría y la Psicología Clínica. Uno de los aspectos más destacados de esta patología es el funcionamiento social alterado. Actualmente el DSM III-R considera el **deterioro en el funcionamiento social** como una característica deficitaria de la **Esquizofrenia**, incluyéndolo como criterio diagnóstico.

Para Colodrón (1990) uno de los aspectos más significativos en esta enfermedad es la “escisión” del funcionamiento psíquico, que conlleva la interiorización de la vida psíquica y una notable pérdida de contacto con el medio social.

Nuestra intención en el presente artículo, es subrayar la importancia del funcionamiento social en la esquizofrenia, entendiéndolo como un factor imprescindible y vital para el desarrollo de cualquier individuo.

Coincidimos con los autores J.E. Obiols y J. Obiols (1989) en la trascendencia que tiene el funcionamiento social como un elemento que ayuda a comprender el continuum salud-enfermedad. Entienden la esquizofrenia como una enfermedad cerebral, puesto que también es función de nuestro cerebro, entre otras, la de “asimilar estímulos ambientales de tipo social y utilizarlos para una correcta adaptación al medio”. Para ellos el resultado de la incapacidad de un Sistema Nervioso para adaptar al individuo a un medio —especialmente al más complejo de

los niveles: el social—, sería la esquizofrenia.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad, en la adolescencia o primera juventud, coinciden con el período de desarrollo en el que es típico el incremento de los contactos sociales y la mejora, a través de repetidos ensayos, de nuestras relaciones interpersonales. Sin embargo, en los pacientes esquizofrénicos, la falta de habilidades interpersonales y un funcionamiento social empobrecido parecen ser características premórbidas. Además, el curso crónico de la enfermedad, habitualmente lleva a un deterioro de las funciones superiores.

Aunque con la prescripción de neurolépticos se consigue atenuar la sintomatología más activa y aparente, suele ser frecuente el establecimiento de “un estado defectual o residual, que abarca tanto aspectos neuropsicológicos (trastornos mnésicos, atencionales, apráxicos, cognitivos,...) como sociales” (Obiols y Obiols, 1989).

La dicotomización de los síntomas entre positivos y negativos (Andreasen, 1982 y 1987), aunque polémica para determinados autores, nos es útil desde el punto de vista terapéutico, como destacaremos seguidamente. El primer grupo de síntomas lo constituyen los llamados **productivos** o **positivos** de la esquizofrenia, y corresponden a las ideas delirantes, las alucinaciones, los trastornos de conducta y determinadas alteraciones del lenguaje. Los síntomas **negativos** o **defectuales** son los que implican pérdida o disminución de funciones, y los constituyen la abulia y aplanamiento afectivo, anhedonia, anergia, apatía, inhibición social y pobreza del contenido del lenguaje. Cabe también considerar síntomas negativos y efectos secundarios de la medicación, que frecuentemente dan lugar a la percepción de un paciente con un deterioro más importante que el real.

### **Tratamiento: complementariedad farmacoterapia-psicoterapia**

Disponemos de sobrada evidencia respecto a la eficacia de los fármacos neurolépticos sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia. Los antipsicóticos se consideran universalmente como tratamiento de elección en el abordaje de la esquizofrenia en fase aguda (Carpenter, 1986; Simpson, 1984).

Sin embargo su acción es limitada, y en ocasiones estéril, en la eliminación de los síntomas negativos (Crown, 1985; Obiols y Obiols, 1989; Simpson, 1984). A menudo, pacientes esquizofrénicos con niveles correctos de medicación siguen experimentando altas tasas de recaídas (Hogarty, 1984) y continúan presentando déficits en el funcionamiento social e interpersonal (Anthony y Liberman, 1986; Wallace, 1984).

Es innegable que la eficacia de los neurolépticos ha permitido a numerosos pacientes vivir en la comunidad, pero no ha mejorado su calidad de vida, puesto que la medicación por sí sola no puede enseñarles las habilidades de afrontamiento necesarias para adaptarse a su medio (Fallon y Liberman, 1983; Liberman y cols., 1986). Obviamente, pues, el tratamiento psicoterapéutico debe centrarse en las

características propias de la enfermedad, no en subsanar los efectos secundarios de la medicación.

Como consecuencia, en los últimos años se ha dirigido la atención hacia los **tratamientos psicológicos** y la evaluación de su impacto en el curso de la esquizofrenia. Un estudio realizado por Malm, ya en 1982, demuestra que la terapia de grupo, combinada con los fármacos, mejora toda la sintomatología negativa que arrastran estos enfermos tras la manifestación de la esquizofrenia.

En resumen, la medicación antipsicótica “permite actuar directamente sobre los síntomas prominentes de la esquizofrenia y así facilitar la accesibilidad de los pacientes a la intervención psicosocial: **complemento indispensable** del tratamiento farmacológico” (Fallon y Liberman, 1983; Obiols y Obiols, 1989).

### **Justificación de los tratamientos psicológicos: modelo de vulnerabilidad.**

La escasa habilidad de que dispone el paciente esquizofrénico para enfrentarse a su ambiente social le comporta un nivel de **estrés** que repercute de forma negativa en su desarrollo dentro de la comunidad (Halford y Haynes, 1991). Se acentúa así su inhibición y por tanto el deterioro social.

Según destaca Colodrón (1990), una de las posibles opciones para contrarrestar este retraimiento es la Terapia Ocupacional o Laborterapia, siendo indicada su adopción para la rehabilitación de estos pacientes.

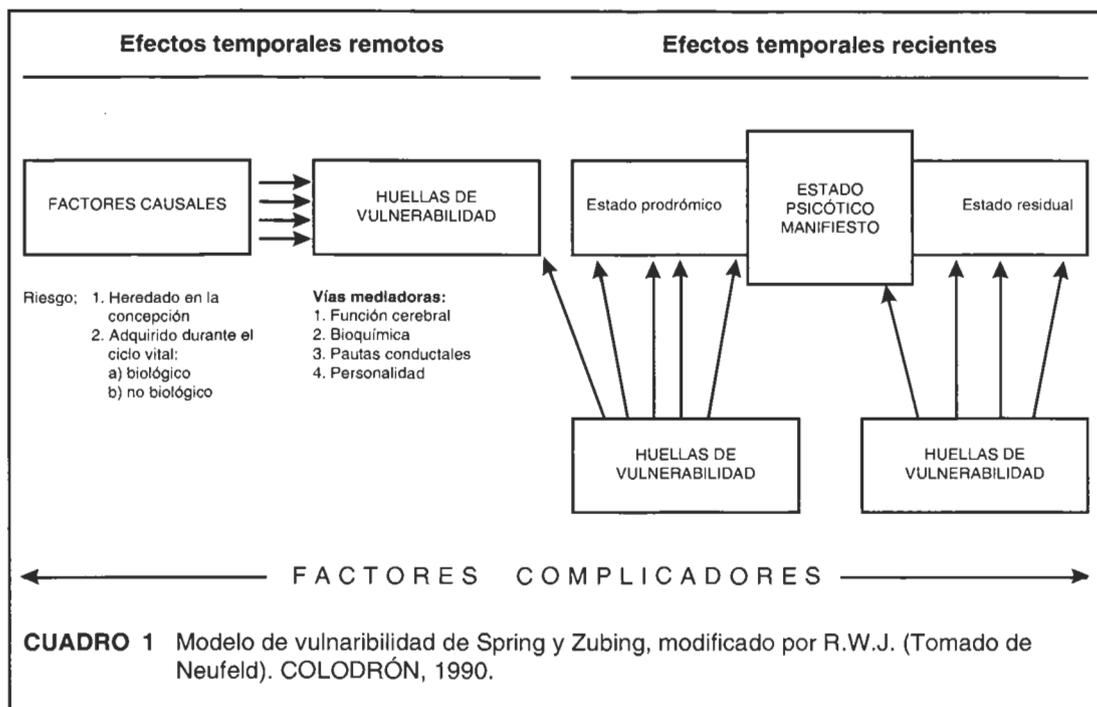
El **Entrenamiento en Habilidades Sociales** es una de las pocas terapias psicosociales reconocidas como efectivas en pacientes esquizofrénicos (Ballús, C. y cols., 1991; Bellack y cols., 1984; Brown y Munford, 1983; Hogarty y cols., 1986; Liberman y cols., 1986; Wallace y Liberman, 1985).

Otro abordaje de indudable eficacia lo constituye la **Terapia Psicoeducativa Familiar** (Falloon y cols., 1982; Hogarty y cols., 1986; Leff y cols., 1982; Wallace y Liberman, 1985). Con frecuencia, las deficiencias en el funcionamiento social de los esquizofrénicos les hace dependientes de sus familias como único **soporte social** (Wallace, 1984). Por consiguiente, los patrones de interacción y los estilos de comunicación entre paciente y familia tienen una influencia crucial.

A partir del concepto de **Emoción Expresada** (EE) se ha podido establecer una correlación entre ciertas actitudes emocionales de los familiares que conviven con el paciente (comentarios críticos, hostilidad, sobreinvolucración) y el curso de la enfermedad, de tal índole que se observa un 50% de recaídas, a los 9 meses de alta hospitalaria, en los pacientes que vuelven a un hogar con predominio de alta EE, frente a un 15% en los familiares con baja EE (Brown y cols, 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn y cols., 1984).

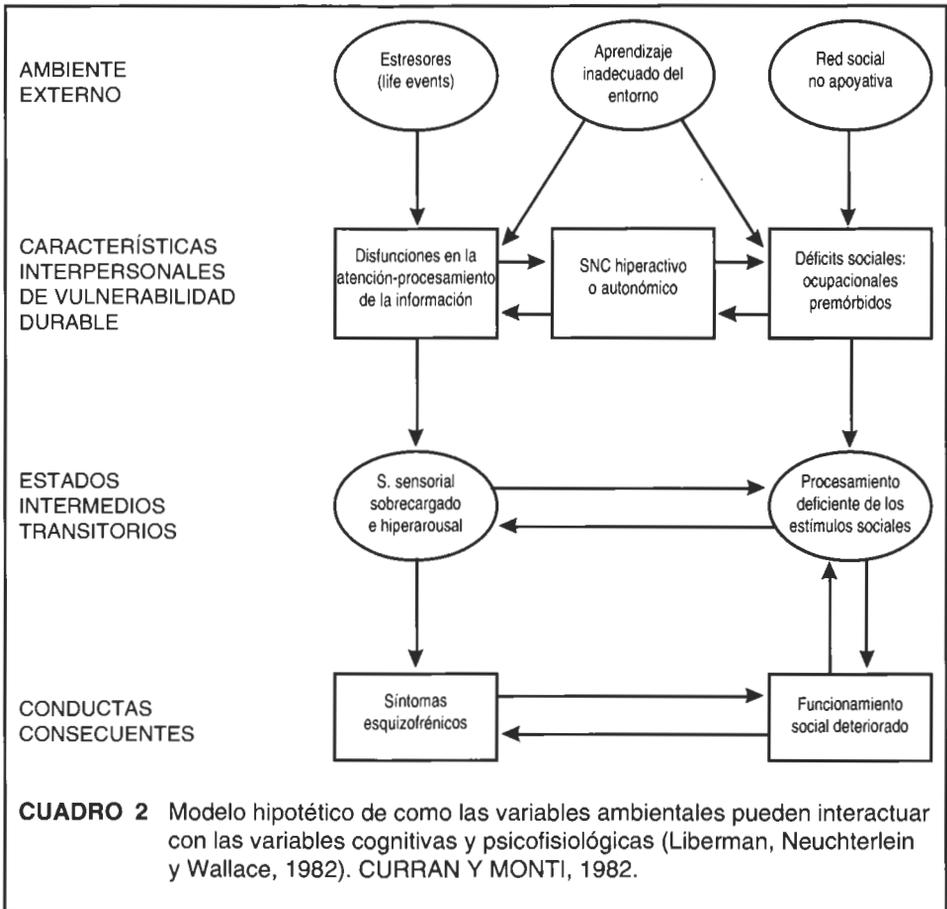
Ambas intervenciones, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Terapia Psicoeducativa Familiar, podrían basarse en el **Modelo de Vulnerabilidad** de Zubing y Spring (1977): los agentes estresantes pueden desencadenar la manifestación de la enfermedad esquizofrénica, en las personas con una mayor predisposi-

ción de índole biológica. Dicha vulnerabilidad dependerá también de la habilidad del sujeto, ya adulto, en afrontar ese estrés. De hecho Zubing y Spring especifican que entre la impronta de vulnerabilidad y la esquizofrenia manifiesta, transcurren unos estadios temporales intermedios que dificultan aún más las relaciones con el ambiente y desembocan en un estado ya deficitario del pensamiento cognitivo, induciendo a la aparición de los síntomas activos de la enfermedad. Finalmente, señalan como factores protectores del estrés la medicación antipsicótica y la red de soporte social (Cuadro 1).



Liberman y cols. (1982) elaboran un nuevo modelo de Vulnerabilidad psicológica, y proponen que como consecuencia de los déficits sociales de estos pacientes, acontecimientos triviales o “life-events” cotidianos, que no representarían amenaza para otras personas, actúan en ellos como estresores y pueden precipitar una descompensación (Cuadro 2).

Como señalan Liberman y Mueser el Modelo de Vulnerabilidad hipotetiza que los pacientes esquizofrénicos debidamente medicados tienen mayores probabilidades de funcionar adecuadamente e integrarse en la comunidad si disponen de adecuadas **habilidades sociales, competencia interpersonal e interacciones de soporte** con sus familias.



La adquisición de Habilidades Sociales, a través de los Programas de Entrenamiento, constituye un intento para el desarrollo de redes de soporte social, y una ayuda para enfrentarse con efectividad a los estresores diarios (Anthony y Liberman, 1986; Liberman y cols., 1989; Trower, Bryant y Argile, 1978; Wallace y cols., 1985). En consecuencia, el Entrenamiento en Habilidades Sociales redundará en una mejora de la calidad de vida y afecta a la frecuencia de recaídas disminuyendo su incidencia.

## EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

El concepto de Habilidades Sociales cuenta con numerosas definiciones. En su mayoría incluyen alguna combinación de las siguientes dimensiones (Saltó y cols., 1990; Wallace y cols., 1980):

- 1) Estado Interno del sujeto: sentimientos y actitudes.

- 2) Percepción del Contexto Interpersonal (dependiendo de la dimensión anterior), que incluye:
  - Variables situacionales
  - Patrones cognitivos de interpretación de las situaciones.
- 3) Topografía Conductual: manifestaciones verbales, no-verbales y paralingüísticas (contacto ocular, gesticulaciones, postura, fluencia del habla, volumen, contenido,...).
- 4) Resultado de las interacciones para el sujeto: obtención de refuerzo social positivo compatible con la consecución de los propios objetivos.
- 5) Resultado de la interacción en los interlocutores, reflejado a través de sus actitudes, sentimientos, conductas y propósitos.

Con la intención de incluir todas las variables relevantes de la conducta socialmente habilidosa, Caballo (1987) propone la siguiente definición: "Es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y, generalmente, resolviendo los problemas inmediatos de la situación, al tiempo que minimiza la probabilidad de problemas futuros".

Los diversos programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales para sujetos esquizofrénicos se basan en los principios conductuales, la Teoría del Aprendizaje y el modelo de Procesamiento de la Información (Bellack y Hersen, 1978; Kelly, 1982; Liberman y cols., 1986), incorporando en las últimas propuestas los procedimientos de Resolución de Problemas (Halford y Haynes, 1991; Wallace y Liberman, 1985).

Las habilidades entrenadas varían considerablemente en cada estudio, y van desde el desarrollo de una única conducta discreta, a la amplitud de habilidades que intervienen en la comunicación interpersonal, aplicadas a la vez, a diversas situaciones sociales (entrevistas laborales, citas, salud, economía,...) (Halford y Haynes, 1991).

Por nuestra parte el programa de Habilidades Sociales que venimos aplicando desde el año 1988, en la Subdivisión de Psiquiatría y Psicobiología Clínica del Hospital Clínico Provincial de Barcelona, se adscribe al proyecto PIAE-PPRE de asistencia global al esquizofrénico y a sus familiares. En nuestro programa el entrenamiento va dirigido a pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, con edades comprendidas entre 18 y 35 años. Consta de dos partes, las primeras sesiones se dedican exclusivamente al desarrollo y fomento del uso correcto de conductas topográficas, divididas en componentes No-Verbales (mirada, gestos, postura corporal, expresión facial,...) y Paralingüísticos (volumen y tono de la voz, fluidez en el habla,...). Completado este primer apartado, nos centramos en el contenido de la comunicación, desarrollo de habilidades de inicio y mantenimiento de la conversación, expresión de sentimientos, actitudes y opiniones, y defensa de los

propios derechos (asertividad).

Hasta el momento hemos realizado 6 grupos terapéuticos, con una composición no superior a 8 pacientes por grupo, donde se han venido aplicando las siguientes técnicas conductuales: Instrucciones y Aleccionamiento, Focalización de la Atención, Role-Play con Moldeamiento, Refuerzo Positivo Inmediato, Reensayo Conductual y Tareas para Casa con Autorregistros.

A lo largo de las sesiones y a través de la práctica (role-playing) de situaciones diversas de interacción social y que son habituales en la vida cotidiana (pedir información, realizar compras, manifestar opiniones, iniciar conversaciones...), se entrena a los pacientes a mejorar su capacidad de comunicación:

- Las habilidades de RECEPCION: Percepción adecuada de la situación.
- Las habilidades de PROCESAMIENTO: Interpretación de la situación interpersonal y generación de alternativas, considerando las consecuencias y eligiendo una respuesta razonable.
- Las habilidades de EMISION: Manifestación de una respuesta social afectiva, utilizando tanto conductas verbales como no-verbales.

(La bibliografía consultada propone la técnica del Modelado "Modeling", sin embargo desde nuestra experiencia, es complejo proporcionar modelos válidos, imitables, a estos pacientes; en cambio obtenemos mejores resultados -aprendizaje y práctica del componente trabajando en cada sesión- con la aplicación del Moldeamiento "Shaping". (Saltó y cols. 1990).

Como señalábamos el aprendizaje se realiza al mismo tiempo que se aplican y practican las habilidades a diferentes áreas y situaciones sociales (familia, amigos, compañeros de trabajo, superiores, citas, compras, reclamaciones, solicitudes de información, petición o rechazo de favores,...). Para ello nos servimos del Ensayo Conductual —durante la sesión— y, sobre todo, de la asignación de Tareas para Casa, estrategia indispensable para conseguir la transferencia y generalización de las habilidades aprendidas al ambiente natural de cada sujeto.

Naturalmente, a pesar de una programación conjunta para todos los miembros del grupo, durante las prácticas se "individualizan" los contenidos, y para cada sujeto se incide especialmente en el área en la que se ha detectado, durante la evaluación previa, mayores dificultades de funcionamiento social.

El procedimiento de Entrenamiento en Habilidades Sociales, por tanto, se asemeja más a un aula de enseñanza que a una terapia tradicional (Lieberman y cols., 1986), por consiguiente precisa de la participación activa, tanto de pacientes como de terapeutas. El objetivo es conseguir el dominio de ciertas estrategias que permitan al paciente reducir el nivel de estrés durante las interacciones, comunicarse con efectividad con los demás y, en consecuencia, trabajar en pro de su adaptación a la comunidad.

Evidentemente, de conseguirse estos objetivos, y eso parece a la vista de los resultados (como bien se demuestra en la revisión de Halford y Haynes, 1991),

estamos mejorando la calidad de vida de los pacientes e incidimos favorablemente en el curso de la enfermedad, aunque sobre este último aserto serían necesarios estudios más controlados que aportasen una evidencia fiable.

### **Comentarios finales.**

A pesar del carácter crónico de la enfermedad esquizofrénica y de su pronóstico grave, en la actualidad ya no es posible mantener una actitud nihilista, ni ética ni científicamente.

En este mismo artículo se han aportado diversas opciones terapéuticas efectivas, que enmendarían una actitud reticente frente a la mejoría de los enfermos esquizofrénicos.

Sin embargo, tampoco se trata de adoptar una actitud opuesta y mantener un falso optimismo: no puede hablarse por ahora de una curación absoluta, aunque sí es posible la remisión, al menos temporalmente, de los síntomas y es adecuado si no imprescindible, actuar en ese momento con vistas a la “resocialización” de estos pacientes, enseñándoles estrategias o dominio de técnicas e instrumentos que les permita una vida lo más normalizada posible, incluyendo la adaptación a su medio.

Insistimos en la importancia de una correcta evaluación para la detección de los déficits sociales y/o instrumentales específicos de cada paciente, y la programación de la intervención más adecuada a sus necesidades inmediatas para conseguir dichos objetivos.

Las intervenciones psicosociales han de plantearse objetivos realistas y a pequeña escala, implantándolos de forma gradual. En este sentido, destacamos la propuesta de Liberman y cols. (1982) (Cuadro nº 3), entendiendo que la intervención óptima debe basarse en un marco plural que se ocupe de atender, además de las áreas que atañen al propio paciente, al resto de sistemas que interactúan con él: Intervención Psicoeducativa con familiares y creación de estructuras sociales de soporte.

Desde los años 60 se han venido publicando trabajos sobre Entrenamiento en Habilidades Sociales con pacientes esquizofrénicos, que han demostrado que la intervención es adecuada y efectiva por cuanto supone un incremento —o adquisición— de habilidades que redundan en la sensación subjetiva de confort y mayor seguridad para el sujeto durante las situaciones de contacto social (Halford y Hayes, 1991).

En nuestros grupos apreciamos, además, un aumento notable de la motivación y frecuencia en la autoexposición a situaciones sociales diversas.

Sin embargo, queda aún mucho por hacer. Destacábamos con anterioridad la incorrección de mantener una actitud optimista, por ser poco realista; está claro: no todos los programas de intervención son útiles ni adecuados a todos los pacientes; ni todos persiguen un objetivo terapéutico —con demasiada frecuencia se pretende únicamente entretener al paciente—; ni es similar el nivel de incidencia de cada tipo de intervención sobre la enfermedad.

| <b>Cuadro 3</b><br><b>Áreas de funcionamiento y terapias de la intervención clínica del programa de entrenamiento en Habilidades sociales y comunitarias</b> |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <b>NIVEL DE ENTRENAMIENTO</b>  | <b>SOCIAL</b>   | <b>VIVIENDA INDEPENDIENTE COMUNIDAD</b>                                    | <b>VOCACIONAL</b>                                   | <b>MANEJO DE SÍNTOMAS</b>   |
| <b>I</b>   | Entrenamiento en HHSS básicas   | Piso protegido con entrenamiento específico en arreglar y limpiar la casa. | Entrenamiento prevocacional para el programa MHCRC. | Supervisión de los síntomas y medicación por el cuidador y educación en programa MHCRC. |
| <b>II</b>  | Entrenamiento en HHSS instrumentales  | Vivienda en comunidad de soporte (visitas diarias del staff)               | Taller protegido.                                   | Entrenamiento por parte del staff   |
| <b>III</b>   | Entrenamiento en HHSS conversacionales  | Vivienda en comunidad con persona de soporte (entrenamiento avanzado)      | Trabajo en comunidad con supervisión del staff      | Supervisión por parte de la familia o iguales.  |
| <b>IV</b>  | Habilidades de generalización a situaciones problemáticas especiales y a la superación etiqueta social. Grupo continuo. | Vivienda en comunidad con persona de soporte (Grupo continuo)              | Trabajo independiente en la comunidad.              | Independiente.  |

De hecho, a pesar de las numerosas publicaciones, pocos estudios cuentan con una metodología correcta, que incluya grupo control y seguimiento posterior de los cambios detectados. Halford y Hayes (1991) recogen únicamente 5 estudios, publicados todos a partir de 1983.

Esto evidencia la necesidad, a partir de ahora, de trabajar en vistas a una mayor especificación tanto del tratamiento como de las técnicas empleadas, así como del tipo de paciente —o del tipo de síntomas que presente— susceptible de obtener beneficios con la intervención. Liberman y cols. (1986) aportan ya algunos datos al

respecto.

Por lo tanto, consideramos que la evaluación ya no debe ceñirse exclusivamente al estudio de la efectividad del tratamiento, sino a discernir en qué consiste esta efectividad ya comprobada; se trata de determinar cuál es su **incidencia en el curso de la enfermedad**:

- A qué tipo de déficits va dirigida cada estrategia terapéutica utilizada.
- Para qué tipo de pacientes es más adecuado un programa determinado.
- Cómo afecta la intervención a los síntomas que persisten durante las fases intercríticas.
- Qué incidencia tienen otros tratamientos que puedan o deban (fármacos) administrarse simultáneamente.
- Cómo se modifica el curso de la enfermedad: frecuencia de recaídas, tiempo medio de hospitalización, intensidad de los síntomas agudos, manejo de los síntomas por el propio paciente,... por poner algunos ejemplos.

Algunas de las razones de el porqué es necesaria esta especificidad no se refieren únicamente a las argüidas de tipo ético y terapéutico, ni científico. El coste económico y social de las enfermedades crónicas es muy importante, por lo tanto, a la creciente demanda de servicios le es indispensable una oferta válida y rentable, y no solamente por motivos económicos sino por razones sociales: mejor calidad de vida para el que la recibe.

---

*El Entrenamiento en Habilidades Sociales es una de las pocas terapias psicosociales reconocidas como efectivas en pacientes esquizofrénicos. El artículo desarrolla los aspectos teóricos y prácticos de este enfoque dentro del marco de la Terapia Psicoeducativa Familiar y hace referencias a los trabajos que en este sentido se llevan a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona.*

## Referencias Bibliográficas

- ANDREASEN, N.C., OLSEN, S. (1982). Negative versus positive Schizophrenia. Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, 39: 789-794.
- ANDREASEN, N.C. (1987). The diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 9-23.
- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical conceptual and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 542-559.
- BALLUS, C., LLOVET, J.M., BOADA, J.C., CABRERO, LL. (1991). La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: un modelo psicoeducativo sistémico. Reflexiones tras un año de seguimiento. *Revista de*

- Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (2), 71-77.
- BELLACK, A.S. Y HERSEN, M. (1978). Chronic psychiatric patients: social skills training. In M. Hersen y A.S. Bellack (Ed.) *Behavior Therapy in the psychiatric setting*. Baltimore.
- BELLACK, A.S., TURNER, S.M., HERSEN, M., LUBER, R.F. (1984). An examination of efficacy of Social Skills Training for chronic Schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35: 1023-1028.
- BIRLEY, J.L.T., BROWN, G.W. (1970). Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia: Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 116: 327-333.
- BRADY, J.P. (1984). Social Skills Training for Psychiatric Patients, II: Clinical Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 141: 491-498.
- BROWN, G.W., BIRLEY, J.L.T., WINCK, J.K. (1972). Influence of Family life on the course of Schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121: 241-258.
- BROWN, M.A., MUNFORD, A.M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171: 466-470.
- CABALLO, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Servilibro.
- CARPENTER, W. (1986). Early targeted pharmacotherapeutic intervention in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47: 23-29.
- COLODRON, A. (1990). *Las esquizofrenias: Síndrome de Kraepelin-Bleuler*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- CROW, T. (1985). The two syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11: 471-485.
- DAVIS, J.M. (1965). Efficacy of tranquillizing and antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 13: 552-572.
- DSM-III-R: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales*.
- FALLOON, I.R.H., LIBERMAN, R.P. (1983). Interactions between drug and psychosocial therapy in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9: 543.
- GLYNN, S., MUESER, K.T. (1986). Social learning of chronic mental inpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (4): 648-68.
- HALFORD, W.K., HAYES, R. (1991). Psychological Rehabilitation of chronic schizophrenia patients: recent findings on Social Skills Training and Family Psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11: 23-44.
- HOGARTY, G.E. (1984). Depot Neuroleptics: The relevance of psychosocial factors. A United States perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45: 36-42.
- HOGARTY, G.E., ANDERSON, C.M., REISS, D.J., KORNBLITH, S.J., GREENWALD, D.P., JAVNA, C.D., MADONIA, M.J. (1986). Family Psychoeducation, Social Skills Training and Maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 43: 633-642.
- KELLY, J.A. (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- LEEF, J., KUIPERS, L., BERKOWITZ, R., EBERLEIN-VRIES, R., STURGEON, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141: 121-134.
- LIBERMAN, R.P., NEUCHTERLEIN, K.H., WALLACE, CH.J. (1982). Social Skills Training and the nature of schizophrenia. In J.P. Curran y P.M. Monti, (Eds.). New York: The Guilford Press, London. LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T., WALLACE, CH.J., JACOBS, H.E., ECKMAN, T., MASSEL, H.K. (1986). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12: 4: 631-647.
- LIBERMAN, R.P., MUESER, K.T. (1988). Psychosocial treatment of Schizophrenia. In S. Kaplan, B.J. Saddock (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry* pp. 792-805. Baltimore: Williams & Wilkins.
- LIBERMAN, R.P., DERISI, W.J., MUESER, K.T. (1989). *Social Skills Training with psychiatric patients*. New York: Pergamon.
- MALM, M. (1982). The influence of group therapy on schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supl.* 297. 1-65.
- OBIOLS, J.E., OBIOLS, J. (1989). *Esquizofrenia*. Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- SALTO, C., GUARCH, J., CIRICI, R., OBIOLS, J. (1990). Importancia de la intervención psicosocial en el curso de la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 17. 6: 282-290.
- SIMPSON, G.M. (1984). A brief history of depot neuroleptics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45: 3-4.
- SPAULDING, W.P., STORMS, L. GOODRICH, V., SULLIVAN, M. (1986). Applications of Experimental Psychopathology in Psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4): 560-77.
- SPENCER, P.G., GILLESPIE, C.R., ERISA, E.G. (1983). A controlled comparison of the effects of Social Skills Training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143: 165-172.

- SPOHN, H.E., LACOURSIERE, R.B., THOMPSON, R., LALOFOYE, C. (1977). Phenothizine effects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 34: 633-644.
- TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978). *Social Skills and Mental Health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. London.
- VALLEJO, J. (1991). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores (3ª ed.).
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P. (1976). The influence of family and Social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129: 125-137.
- VAUGHN, C.E., SNYDER, K.S., FREEMAN, W., JONES, S., FALLOON, I.R.H., LIBERMAN, R.P. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 41: 1169-1177.
- WALLACE, CH.J., NELSON, C.J., LIBERMAN, R.P., AITCHISON, R.A., LUKOFF, D., ELDER, J.P., FERRIS, CH. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 6: 42-63.
- WALLACE, C.J. (1984). Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 223-257.
- WALLACE, C.J., BOONE, S.E., DONOHUE, C.P., FOY, D.W. (1985). The chronically mentally disabled: independent living skills training. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, pp. 462-501. New York, Guilford.
- WALLACE, C.J., LIBERMAN, R.P. (1985). Social Skills Training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15: 239-247.
- ZUBING, J., SPRING, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.

