

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA. UNA REVISIÓN.

Aranzazu Zabala. Psicóloga.¹ Ioseba Iraurgi. Psicólogo.²

RESUMEN: Se ha avanzado considerablemente en el análisis de la efectividad de los Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales en la esquizofrenia. En este trabajo de revisión se definen, en primer lugar, los conceptos de habilidades sociales, competencia y adaptación, revisándose la literatura al respecto. Los estudios indican varias áreas donde los programas de entrenamiento en habilidades sociales son eficaces, e incluso otras donde se requiere una modificación de las técnicas utilizadas. Se proponen direcciones futuras en función de las necesidades detectadas.

SUMMARY: A significant amount of progress has been made in assessment of the effectiveness of social skills training strategies for schizophrenia. In this review paper the concepts/definitions of social skill, competence, and adjustment are discussed. Following this, the skills training studies are revised. These studies indicate several areas in which skills training approaches are useful, and also many areas where the modification of techniques is required. Needs and future directions in schizophrenia studies are proposed.

Las dos últimas décadas han sido testigo del gran cambio producido tanto en la naturaleza como en la cantidad de tratamientos psicosociales ofrecidos a pacientes esquizofrénicos. Varios estudios han analizado la contribución de la terapia de orientación analítica en el área de las psicosis, y aunque se reconocen aportaciones en las hipótesis explicativas del trastorno, a nivel práctico se han mostrado limitadas a la hora de ayudar a los pacientes esquizofrénicos a hacer frente a su enfermedad y a alcanzar niveles de funcionamiento más satisfactorios (May, 1968; Gunderson et al., 1984; Staton et al., 1984). Al mismo tiempo, clínicos e investigadores demostraban la ayuda que las técnicas conductistas y derivadas del aprendizaje social proporcionaban a la hora de abordar los déficits funcionales, déficits que conforman aspectos esenciales de la esquizofrenia. Entre estos estudios, destacan de forma notable una serie de intervenciones diseñadas para disminuir las disfunciones interpersonales que contribuyen al fracaso en el desempeño de los

roles sociales, el aislamiento, y el estrés interpersonal. Este grupo particular de tratamientos, al que se le denomina genéricamente como “Entrenamiento en Habilidades Sociales” (EHHSS) o “Entrenamiento en habilidades” (EHH), ha sido objeto de estudios sistemáticos desde los tempranos años 70 (Bellack y Mueser, 1993; Donahoe y Driesenga, 1988; Halford y Hayes, 1991; Mueser, Wallace y Liberman, 1996).

En los primeros estudios realizados sobre la eficacia y utilidad del EHHSS para la esquizofrenia, las intervenciones de entrenamientos específicos variaban mínimamente, e incluían instrucciones, modelado, role-playing, y tareas para realizar en casa, con el propósito de desarrollar habilidades conversacionales efectivas y habilidades asertivas. Se puso un gran énfasis en el reforzamiento positivo y el establecimiento de un entorno adecuado, donde el paciente pueda practicar las nuevas conductas. Estos estudios mostraron que dichos pacientes podían aprender HHSS en entornos altamente regulados, pero sin

embargo, quedaban preguntas en torno a la generalización de las habilidades entrenadas a situaciones del “mundo real”, y a la relativa efectividad del EHHSS a la hora de mejorar el funcionamiento social, en comparación con la medicación antipsicótica tanto típica como atípica. Como respuesta a dichas cuestiones, se ha ido amasando un cuerpo de datos empíricos (revisado a continuación) que a su vez proporciona un apoyo moderado, pero consistente a la eficacia de los programas de EHHSS. Los datos son lo suficientemente sólidos como para defender la inclusión del EHHSS como un tratamiento recomendado por la Guía Práctica de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1999).

En este artículo se revisa la literatura sobre el Entrenamiento en HHSS, comenzando por las definiciones de los constructos y terminología utilizada en dicha literatura, continuando con una revisión de los datos obtenidos sobre la eficacia de los programas de EHHSS específicos. A continuación, se tratará de enmarcar los aspectos clínicos y de investigación dignos de consideración, con referencia a futuras direcciones recomendadas a la hora de realizar un estudio.

Habilidades sociales, competencia social y adaptación social en la esquizofrenia

Se ha documentado una gran variedad de déficits sociales e interpersonales en la esquizofrenia (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 1990; Prudo y Munroe-Blum, 1987; Wallace et al., 1980). Los primeros estudios realizados establecieron que el funcionamiento social premórdido era un fuerte predictor del funcionamiento a largo plazo (Strauss y Carpenter, 1972, 1974, 1977; Parnas et al, 1982); estudios posteriores han encontrado que estos déficits en el funcionamiento social actúan tanto a corto como a largo plazo en la expresión funcional de la esquizofrenia, en su curso y los resultados (Johnstone et al, 1990; Penn et al., 1995; Perlick, Stastny, Mattis y Teresi,

1992; Sullivan et al., 1990; Gil, León y Jarana, 1992).

Los clínicos e investigadores de orientación conductista comenzaron a realizar estudios formales sobre el funcionamiento social en los años 70. Esta línea de investigación se ffo de una perspectiva cognitiva y de la psicología social que se desarrolló a partir de estudios realizados con individuos no enfermos psiquiátricamente. Utilizando un modelo topográfico, los comportamientos específicos no verbales y paralingüísticos, como el contacto ocular, los gestos expresivos, el volumen de voz y la fluidez verbal, fueron identificados como indicadores de Habilidad (Eisler, Hersen y Miller, 1973; MacFall y Twentyman, 1973; Caballo, 1987). La evaluación de las Habilidades se realizaba a través de técnicas de role-playing (Bellack, Hersen y Lamparski, 1979; Eisler et al., 1973; Caballo, 1987), estableciendo su validez sobre las poblaciones para las cuales fueron desarrolladas dichas pruebas (la mayoría estudiantes universitarios). A pesar de que las correlaciones entre estas calificaciones in vitro de respuestas topográficas y conductas observables en ambientes naturales fueron menores de las que se espera es otros estudios (Lieberman, 1982; Romano y Bellack, 1980), se estableció la validez externa de dichas baterías (Bellack et al., 1979, 1990; Lieberman, 1982; Romano y Bellack, 1980), y siguen siendo utilizadas con frecuencia en la evaluación de las HHSS tanto en poblaciones enfermas psíquicamente como en las no enfermas.

Comportamientos observables como el contacto ocular o la fluidez verbal, han sido definidos por los investigadores como Habilidades “moleculares”. La integración de una serie de habilidades moleculares en un contexto social específico conforma la Habilidad “molar”; por ejemplo, el inicio de una conversación o el manejo de afectos negativos (MacFall, 1982). Se ha estudiado la prevalencia de déficits en Habilidades molares y moleculares en la esquizofrenia, encontrando que hasta dos tercios de los pacientes esquizo-

frénicos crónicos presentan deficiencias notables y persistentes en Habilidades como asertividad, compromiso y manejo de los síntomas (Bellack et al., 1990; Brown y Munford, 1983; MacFall, 1982; Mueser, Bellack, Douglas y Morrison, 1991).

La actual línea de investigación sugiere que además de las habilidades moleculares, la percepción social y las capacidades de resolución de problemas, también determinan las HHSS molares en la esquizofrenia. Las Habilidades de percepción social incluyen la consciencia de uno mismo, los afectos, y el reconocimiento de señales sociales (Bellack, Morrison y Mueser, 1989; Morrison, Bellack, 1981; Morrison, Bellack y Mueser, 1988), mientras que la resolución de problemas implica los procesos cognitivos con los que un individuo valora la situación, genera posibles respuestas alternativas, elige, ejecuta y evalúa la efectividad de su respuesta (Platt y Spivack, 1972). Deficiencias en estas Habilidades han sido mostradas en la esquizofrenia, y han sido correlacionadas de forma significativa con las HHSS (Bellack et al., 1990; Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978), el manejo de los síntomas y las recaídas (Lieberman, Mueser y Wallace, 1986; Marder et al., 1996; Morrison et al., 1988; Mueser et al., 1993), y el funcionamiento social e interpersonal (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Goldfried, 1971; Eckman et al., 1992; Platt y Spivack, 1972, Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Integrando estos hallazgos, ha emergido el modelo de los tres procesos en HHSS, ampliamente aceptado (Lieberman, 1982; Lieberman et al., 1986). Los tres procesos representan una secuencia interaccional de eventos, comenzando con la recepción de información social (por ejemplo, la percepción social), siguiendo con el procesamiento de la información, como pueden ser las estimaciones de las posibles alternativas generadas (por ejemplo, la resolución de problemas) y finalizando con la emisión de la respuesta, utilizando habilidades verbales y no verbales (por ejemplo, una respuesta topográfica). Se han desarrolla-

do recientemente dos estrategias que evalúan al mismo tiempo los tres procesos: la escala de evaluación de habilidades en resolución de problemas interpersonales (AIPSS) (Donahoe et al., 1990) y la batería de resolución de conflictos sociales (Bellack, Schooler, Kane y Marder, 1995). En la medida en que estas y otras metodologías de evaluación vayan siendo perfeccionadas, obtendremos más datos sobre los factores comprendidos en las HHSS en la esquizofrenia. Sin embargo, la creencia popular entre los clínicos sugiere que un Programa efectivo de EHHSS debe incluir intervenciones que tengan como objetivo cada uno de estos tres procesos; Habilidades de recepción, procesamiento y emisión.

Siguiendo la conceptualización de HHSS como habilidades que incluyen las capacidades cognitivas específicas, y los comportamientos verbales y no verbales descritos con anterioridad, se pueden definir ahora los términos de competencia social y adaptación social. A partir del trabajo de MacFall (1982), Mueser, Bellack, Morrison y Wixted (1990) y el de Liberman (1982), se puede pensar en la competencia social como un término subjetivo y evaluativo que representa la capacidad global del individuo de impactar de forma favorable en su entorno social gracias a la aplicación de habilidades específicas en un entorno y situación particular. La adaptación social se refiere al encuentro actual entre las necesidades instrumentales y afiliativas que son la consecuencia natural de la competencia social. Dichas definiciones tienen ramificaciones significativas para los clínicos. Es posible que un paciente esquizofrénico goce de buenas HHSS, pero de una competencia social pobre, debido por ejemplo a factores del entorno (por ejemplo, una elevada emoción expresada) que interfieren en la expresión de las habilidades. De la misma forma, es posible que un individuo sea socialmente competente pero se encuentre pobremente adaptado, un ejemplo de ello serían los déficits funcionales prevalentes en la esquizofrenia, y en aquellos individuos que mientras se

encuentra motivados y capaces de formar y mantener relaciones sociales, son incapaces de reunir los requisitos de las tareas que desarrolla un estudiante o un trabajador. Estas sutiles interacciones son importantes en cualquier programa relacionado con el EHHSS en la esquizofrenia, y deben ser seguidas de cerca para poder maximizar los éxitos derivados de la instrucción.

Entrenamiento en HHSS: estudios sobre su eficacia

Las primeras estrategias de EHHSS en la esquizofrenia (Brady, 1984a, 1984b; Donahoe y Driesengra, 1988), eran modificaciones de las estrategias de entrenamiento en asertividad, originalmente desarrolladas para individuos con estilos de vida pasivos o inhibidos. Dichos estudios utilizaban con frecuencia diseños, con pequeños grupos de comparación, consistentes en la combinación de instrucciones, modelado, ensayos comportamentales y reforzamientos verbales. Los resultados se evaluaban primordialmente a través de medidas de role-playing sobre las conductas topográficas (por ejemplo la duración de las conversaciones y latencia, el contacto ocular, los gestos) y las habilidades molares (por ejemplo, asertividad). En casi todos estos estudios las intervenciones de entrenamiento condujeron a mejoras significativas en las medidas de habilidades topográficas (Bellack, Hersen y Turner, 1976, Eisler, Blanchard, Fitts y Williams, 1978; Finch y Wallace, 1977; Goldsmith y MacFall, 1975; Hansen, St. Lawrence y Christoff, 1985; Holmes, Hansen y St. Lawrence, 1984; Kelly, Urey y Patterson, 1980; Liberman et al., 1984). En varios de los estudios (Bellack et al., 1976; Hersen et al., 1974; Holmes et al., 1984; Kelly et al., 1980; Liberman et al., 1984) el mantenimiento de las habilidades se documentó por periodos de entre varias semanas a 24 meses. Entre las debilidades metodológicas se encuentra el uso de estrategias de evaluación que eran muy similares a los programas de

entrenamiento, y también el fracaso en evaluar si las habilidades adquiridas son generalizables a ambientes naturales (Halford y Hayes, 1991). Tanto la influencia de los síntomas, o de otros factores asociados a la enfermedad, como el papel que juegan las intervenciones de entrenamiento en habilidades en el contexto del cuidado general del paciente, tampoco fueron evaluados por estos estudios. Spencer, Gillespie y Ekisa (1983) compararon el EHHSS (instrucciones, modelado y feedback) con el psicodrama y los grupos de debate en un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados, teniendo como objetivo comportamientos verbales y no verbales. El grupo que recibió el EHHSS demostró una mejora en sus HHSS, la cual se mantuvo durante un periodo de seguimiento de 2 meses, acompañada de una mayor interacción social. Sin embargo, no hubo efectos significativos en el estatus global psíquico de los pacientes, y la generalización no fue evaluada en ninguna situación fuera de la unidad donde se hallaban los pacientes. En un estudio similar, Brown y Munford (1983) compararon un programa de entrenamiento de habilidades para llevar una vida independiente con un tratamiento usual, encontrando que el primer programa se asociaba a unas puntuaciones significativamente más elevadas de autoinforme y role-playing, así como con menores puntuaciones en depresión. Sin embargo, este estudio realizó poco esfuerzo en la evaluación de la durabilidad y la generalización de las habilidades.

Un estudio realizado por Bellack, Turner, Hersen y Luber (1984), incluyó varias medidas de generalización, y fue también uno de los primeros en utilizar evaluaciones diagnósticas estandarizadas. El diseño del estudio consistió en la formación de grupos aleatorios de pacientes que recibieron el tratamiento estándar con versus sin un programa de entrenamiento de 12 semanas de duración con habilidades conversacionales, asertivas laborales y de percepción social como objetivo. Las tasas de abandono fueron similares entre

los grupos, y tanto el grupo de control como el que recibió el entrenamiento mejoraron en muchas áreas desde el periodo pre hasta el post-tratamiento. Sin embargo, a los 6 meses de seguimiento, el grupo de control presentaba más síntomas y puntuó más bajo en las calificaciones subjetivas sobre las habilidades, mientras que el grupo que recibió el entrenamiento en habilidades mantuvo sus ganancias o mejoras en todas las áreas. Por otro lado, el grupo de Wallace (Wallace y Liberman, 1985; Liberman, Mueser y Wallace, 1986) realizaron un estudio en el que pacientes esquizofrénicos hospitalizados fueron asignados aleatoriamente a un programa de EHHSS o a un tratamiento holístico (relajación y entrenamiento en el manejo del estrés) durante un periodo de 9 semanas, en el que se siguió la estabilización de los síntomas gracias a la medicación. A lo largo de este periodo, el grupo que recibió el programa de EHHSS demostró mejores actuaciones superiores en las medidas de role-playing en HHSS verbales y no verbales. Dicho grupo también presentó una mejora significativa en los tests de generalización (por ejemplo, hablar con extraños), en comparación con el grupo de control, mientras que en las medidas de los autoinformes no se halló diferencias entre ambos grupos. Por otra parte, los resultados en adaptación ocupacional y social, también se vieron favorecidos en el grupo de EHHSS.

En uno de los estudios más integradores sobre tratamientos psicosociales en la esquizofrenia hasta la fecha (Hogarty et al., 1986, 1991) se analizaron los efectos de la combinación de la psicoeducación familiar y el EHHSS sobre las tasas de recaída durante un periodo de dos años. El proyecto fue diseñado para pacientes esquizofrénicos que vivían en entornos con una elevada emoción expresada y mantenidos con las mínimas dosis efectivas de medicación antipsicótica, incluyendo el programa intervenciones sobre los comportamientos familiares e individuales, con el objetivo de reducir el estrés y de ayudar al paciente a

regular sus respuestas afectivas a las demandas del ambiente. El programa de EHHSS se diferenciaba de las estrategias de entrenamiento conductual intensivas utilizadas en otros estudios en que se desarrolló en el contexto de una terapia individual, donde el terapeuta utilizó una variedad de técnicas para poder centrarse en el desarrollo de una percepción social acertada. El grupo de control, el cual recibió medicación neuroléptica y terapia grupal de apoyo, mostró unas tasas de recaída del 38% y 62% en el primer y segundo año respectivamente. El grupo que recibió el EHHSS mostró unos índices de recaída del 20% al finalizar el primer año, y del 50% al finalizar el segundo, mientras que otro grupo que recibió únicamente psicoeducación familiar, mostró unos índices del 19% y 29% respectivamente. Un grupo final recibió tanto EHHSS como psicoeducación familiar a lo largo del estudio; este grupo mostró unos índices de recaída del 0% y 20% en el primer y segundo año (Hogarty et al., 1986, 1991). Estos resultados sugieren que el EHHSS fue tan eficaz como la psicoeducación familiar durante el primer año de tratamiento, pero los efectos del EHHSS disminuyeron durante el segundo. Sin embargo, un análisis más exhaustivo de los datos del segundo año de seguimiento (Hogarty et al., 1991), muestra que los índices de recaída del grupo que recibió el EHHSS, solo siguieron de cerca a los índices del grupo que recibió psicoeducación familiar y a los del que recibió la combinación de ambos, durante los primeros 21 meses del tratamiento, momento en el que el programa de EHHSS cambió a medida que los pacientes fueron destinados a otros tratamientos, antes de completar el estudio. Cuatro pacientes de dicho grupo sufrieron subsecuentemente una recaída, la cual no estaba relacionada con los efectos del programa, sino más bien con asuntos referentes al término y cumplimiento del programa, tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas.

Este conjunto de estudios y resultados sugieren que el EHHSS es efectivo para la esquizo-

frenia. Consistentemente se han documentado efectos positivos en la adquisición y mantenimiento de las habilidades, y algunos resultados nos indican que aumenta la generalización de habilidades y mejora la adaptación social (Benton y Schroeder, 1990). No obstante, Bellack y Mueser (1993) han señalado varias preguntas que quedan aún sin responder; en concreto, aquellas que se refieren a la duración e intensidad óptima de los tratamientos. A este respecto, referir los resultados encontrados en cuatro estudios realizados con pacientes deshospitalizados estables en los cuales se variaba la intensidad y duración de los programas. Dos estudios (Dobson, McDougall, Busheikin y Aldous, 1995; Munroe-Blum y McCleary, 1995) utilizaron programas con una frecuencia alta (4 sesiones semanales) y una duración corta (de 9 a 12 semanas); otro estudio (Hayes, Halford y Varghese, 1995) utilizó un programa de mayor duración (18 semanas), pero de menor intensidad (dos sesiones semanales); por último, el estudio realizado por Marder y colaboradores (1996) utilizó un programa con una intensidad alta y con una duración larga (4 sesiones semanales durante 6 meses, con un seguimiento semanal de 18 meses de duración).

En el estudio realizado por Dobson y colaboradores (1995) se comparó un entrenamiento en habilidades intensivo con un tratamiento psicosocial de apoyo en pacientes de hospitales de día con bajos niveles sintomáticos. El programa de EHH, de 9 semanas de duración, tuvo como objetivos conseguir habilidades básicas de comunicación y asertividad, evaluando los resultados a través de medidas sintomáticas y tasas de recaída. Las tasas de recaída fueron semejantes en ambos grupos, pero el programa de entrenamiento fue más efectivo en la reducción de síntomas negativos, a pesar de que las mejoras comenzaron a desaparecer durante el periodo de 6 meses de seguimiento. En el estudio de Munroe-Blum y McCleary (1995), con una duración e intensidad similar al anterior, asignaron aleatoria-

mente a los pacientes y a sus familiares a uno de estos tres grupos: (1) Un programa de EHHSS de 12 semanas de duración donde se enseñaban habilidades de resolución de problemas, (2) un programa de psicoeducación familiar y (3) un tratamiento combinado de los dos previos. El seguimiento fue evaluado usando una variedad de medidas de adaptación social, funcionamiento neuropsicológico, habilidades de resolución de problemas y la carga familiar. Durante el seguimiento, a los 4 y 12 meses, no se encontraron diferencias en el funcionamiento social global, a pesar de que los pacientes del grupo de EHHSS puntuaron más alto en el funcionamiento ocupacional y recreacional. No hubo diferencias entre los grupos en los niveles sintomáticos o en las tasas de recaída. A pesar de que las diferencias fueron pequeñas, este estudio mostró una generalización significativa de las habilidades a corto plazo.

En el estudio realizado por Hayes y colaboradores (1995), el programa de EHHSS se aplicó durante un periodo mayor de tiempo, pero con una menor intensidad. Se eligieron a 63 pacientes esquizofrénicos de un hospital de día, con una sintomatología moderada a los que se les asignó a un grupo aleatoriamente, para participar bien en grupos de debate, o bien en un programa de EHHSS que instruía habilidades recreacionales, interpersonales, y de resolución de problemas sociales. El estudio contó con un alto porcentaje de abandonos (el 35% del total de la muestra), y los datos mostraron que a pesar de que el grupo del EHHSS mostró una mejora significativa en sus habilidades interpersonales, no hubo diferencias grupales en la tasa de recaída, niveles sintomáticos y el funcionamiento comunitario.

El último de los estudios mencionados más arriba (Marder et al., 1996), se llevó a cabo como parte de un estudio sobre mantenimiento con bajas dosis de neurolépticos, por el grupo de investigación de la universidad de California - Los Angeles (Eckman et al., 1992; Marder et al., 1996). En este estudio,

los pacientes esquizofrénicos fueron mantenidos con neurolépticos de depot (Enantato de Flufenazina) y asignados al azar a recibir bien placebo bien un suplemento oral de neuroléptico para las exacerbaciones sintomáticas. Todos los sujetos fueron también asignados al azar a recibir bien un entrenamiento intensivo en habilidades comportamentales, bien una terapia grupal de apoyo. El entrenamiento en habilidades era intensivo y altamente especificado, teniendo como objetivos, durante los 6 primeros meses, el manejo de los síntomas y de la medicación, y la resolución de problemas y habilidades necesarias para una vida independiente durante los 18 meses siguientes. Los resultados fueron evaluados cada 6 meses, durante un periodo de 2 años. Durante dicho periodo de 2 años, no se hallaron diferencias en los índices de exacerbación de los síntomas entre el grupo que recibió el entrenamiento y el que recibió la terapia grupal de apoyo (Marder et al., 1996). Los sujetos del grupo de EHHSS mostraron, de forma significativa, una mayor adquisición de habilidades (Eckman et al., 1992), así como respecto a las puntuaciones obtenidas en la escala de adaptación social, en bienestar personal y en adaptación global durante el desarrollo del programa y al año del seguimiento (Marder et al., 1996). Además, el grupo de EHHSS que pudo recibir el suplemento oral de flufenazina cuando experimentaban la exacerbación de los síntomas promodales, mostró de forma significativa, mejores puntuaciones en funcionamiento familiar e interpersonal. El proporcionar EHHSS y un suplemento de drogas activas en el momento en que empeoren los síntomas psicóticos del paciente, tal y como concluyeron los autores, resulta en los mejores resultados sociales, por primera vez observados.

En definitiva, y como otras revisiones han apuntado (Lehman y Steinwachs, 1994), existe una clara evidencia de que los programas de EHHSS conducen a la adquisición y mantenimiento de habilidades en la esquizofrenia, y especialmente si son intensivos (más de 2

sesiones semanales) y de suficiente duración (por lo menos 6 meses).

Aspectos a revisar en investigaciones futuras

En la revisión previa se ha tratado de responder a dos interrogantes básicos: ¿qué tipo de intervención conductual es el más útil, y cuál es la duración óptima del entrenamiento?. No obstante, quedan algunas cuestiones por matizar. Por ejemplo, aquella que haría referencia a si los programas de entrenamiento en habilidades centrados en habilidades específicas necesarias para el manejo de las situaciones relacionadas con la enfermedad (Marder et al., 1996; Munroe-Blum y McCleary, 1995) son más efectivos que aquellos que instruyen HHSS generales (Dobson et al., 1995; Hayes et al., 1995). La elección de las HHSS a incluir en un programa de entrenamiento forma parte de un procedimiento denominado “análisis de la tarea”, abogado por los defensores de los EHHSS durante muchos años (Bellack, 1983; McFall, 1982). En los primeros estudios realizados, estas decisiones se hacían a priori, siguiendo las recomendaciones plasmadas por otros autores en la literatura de la psicología conductista y social. Debido a que los programas originales de EHHSS fueron diseñados principalmente para estudiantes universitarios no enfermos psíquicamente, los estudios se centraron en habilidades tales como la asertividad y el manejo de conflictos, habilidades estas clasificadas como ‘generales’. Sin embargo, los defensores de los programas de entrenamiento de habilidades modulares, basados en la enfermedad, afirman que las habilidades relevantes para la población de estudiantes no enfermos psíquicamente no son las ideales para ser enseñadas a los pacientes esquizofrénicos crónicos, debido a la severidad y naturaleza penetrante de los déficits presentes en esta población. Por ejemplo, un paciente que vive rodeado de un entorno con una elevada emoción expresada encontrará más dificultades si se vuelve más asertivo. Esto fue señalado en

uno de los estudios revisados anteriormente, donde los pacientes que vivían en entornos con una elevada emoción expresada mostraron mayores índices de recaída durante y después de un entrenamiento intensivo de habilidades conductuales (Munroe-Blum y McCleary, 1995). Por estas razones, últimamente se ha venido prestando una mayor atención a la necesidad de los análisis de tarea. Por ejemplo, los programas de entrenamiento para pacientes hospitalizados que intentan combatir los síntomas psicóticos persistentes y las dificultades de encontrar un entorno adecuado, deben ser diferentes de aquellos dirigidos a pacientes deshospitalizados estables que desean mejorar su funcionamiento profesional.

A este respecto, un área de investigación que a nuestro juicio debiera ser abordada con mayor interés, dedicación y medios es el estudio de la viabilidad y efectividad de los programas de EHHSS estructurados como parte de un tratamiento asertivo comunitario o de los programas de apoyo para el empleo (Bennett, 1994; Iraurgi et al, 1997, 1998). Dichos programas, los cuales se están probando como efectivos, se asientan en intervenciones basadas en la comunidad y en la rápida integración de los pacientes con enfermedades crónicas en los principales roles sociales y ocupacionales, contando con un apoyo continuo. La habilidad de los programas de entrenamiento especificados para facilitar la adaptación a los roles específicos es un interesante interrogante a estudiar.

Otra de las cuestiones pendientes en la investigación sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los programas de EHHSS en la esquizofrenia es la necesidad y requerimiento de llevar a cabo evaluaciones multidimensionales sobre los resultados de los estudios. Si bien se han encontrado resultados que muestran que el entrenamiento en habilidades mejora el desempeño de roles instrumentales y afiliativos y la alianza terapéutica, continua habiendo datos conflictivos respecto a sus efectos sobre los niveles de los síntomas psi-

cóticos y tasas de recaída (Lehman y Steinwachs, 1994). Asimismo, se han realizado estudios que han mostrado la influencia de los programas de EHHSS sobre la calidad de vida subjetiva o la presión familiar, otras de las dimensiones importantes de los resultados. Las características familiares son importantes de tener en cuenta y controlar, ya que los datos sugieren que los pacientes que viven rodeados por un entorno con una elevada emoción expresada obtienen peores resultados de los programas de EHHSS (Mueser et al., 1993; Munroe-Blum y McCleary, 1995). Es decir, ha de realizarse un esfuerzo para que en los estudios futuros se incluyan mediciones de los resultados en tantas áreas como sean posibles (Spaulding, 1992).

A este respecto, una tercera área de interés en la investigación de los programas de EHHSS es el papel que juegan los síntomas de los pacientes sobre el desarrollo y adquisición de las habilidades y capacidades a entrenar. Los primeros estudios realizados descuidaron el papel de los síntomas psicóticos en los niveles de las HHSS y su adquisición. Esto fue debido principalmente a la orientación de los investigadores en la psicología social y conductista, la cual no asume la diferencia existente entre la baja asertividad de ciertos estudiantes universitarios y la de los pacientes esquizofrénicos (Finch y Wallace, 1977; Goldsmith y McFall, 1975; Wallace y Davis, 1974). Sin embargo, pronto se hizo evidente que la severidad y cronicidad de los síntomas psicóticos en los pacientes esquizofrénicos hospitalizados no podía ser ignorada en estos estudios. En varios estudios, los síntomas se documentaron como variables de resultado. En el estudio realizado por Bellack et al. (1984), los pacientes que recibieron un programa de EHHSS demostraron un mejor control de los síntomas sostenidos que el grupo de control, y en los estudios de Hogarty et al. (1986, 1991), se observaron índices de recaída significativamente menores en los pacientes que recibieron el EHHSS. Finalmente, en

el estudio de Dobson y colaboradores (1995), el entrenamiento en habilidades condujo a la reducción significativa de los síntomas negativos. Por otro lado, varios estudios, incluyendo los informes más recientes, han fracasado en mostrar la influencia de los programas de EHHSS sobre los niveles de los síntomas positivos y negativos (Eckman et al., 1992; Liberman et al., 1986; Murder et al., 1996; Munroe-Blum y McCleary, 1995).

Otros investigadores conceptualizan los síntomas esquizofrénicos como índices de factores limitantes en los programas de EHHSS. Sin embargo, y atendiendo a los estudios que utilizan los síntomas como variables de resultado, la investigación sugiere que los síntomas positivos y negativos ejercen una influencia mínima en la capacidad del paciente a la hora de beneficiarse de dichos programas (Eckman et al., 1992; Mueser, Kosmidis y Sayers, 1992; Munroe-Blum y McCleary, 1995). Dos grupos de investigación centrados en pacientes hospitalizados con enfermedades agudas (Douglas y Mueser, 1990; Smith et al., 1996), se han preguntado cuánto afecta la sintomatología esquizofrénica en la adquisición de las habilidades. En el estudio de Douglas y Mueser (1990), 105 pacientes hospitalizados con esquizofrenia o con un trastorno esquizoafectivo, fueron instruidos para la negociación interpersonal y la expresión de sentimientos negativos. El entrenamiento consistía en protocolos para la adquisición de las habilidades con una duración de dos semanas (3 sesiones semanales); la adquisición de habilidades era evaluada a través de role-playing y además los pacientes eran puntuados por su cooperación y atención mostrada en las tareas grupales. Los pacientes esquizofrénicos obtuvieron menores puntuaciones que los no esquizofrénicos en casi todas las áreas, pero, sin embargo, mostraron una adquisición significativa de habilidades desde el comienzo a la finalización del tratamiento. Las puntuaciones en cooperación también mejoraron a lo largo del tratamiento, lo cual sugiere que los síntomas

no interfirieron en el proceso de aprendizaje. Por su parte, el grupo de Smith y colaboradores (1996), basándose en un programa de reinserción a la comunidad (Liberman, 1995), estableció un nuevo programa de entrenamiento para pacientes esquizofrénicos hospitalizados, el cual fue diseñado para alentar el manejo de los síntomas y la alianza terapéutica que contribuyen a la rápida salida del hospital. A partir de un estudio naturalístico con 80 admisiones consecutivas, se encontró que la mayoría de pacientes participaron con entusiasmo en el programa, y que los índices de participación estaban correlacionados con la adquisición de habilidades, independientes de los niveles iniciales. Además, los resultados sugieren la posible generalización de las habilidades, ya que se halló que los niveles de estas tras el tratamiento se asocia con un mayor desempeño del cumplimiento terapéutico tras dos semanas de seguimiento. La limitación de estos dos estudios aludidos, es la falta de grupos controles de comparación, por lo que la generalización de los resultados queda comprometida. No obstante, proporcionan una serie de datos que sugieren que los entrenamientos en habilidades específicas, de alta intensidad de entrenamiento y realizados en un corto periodo de tiempo, pueden ser de gran utilidad en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Un punto que requiere particular atención es la influencia de los síntomas negativos en la generalización. Como se ha indicado con anterioridad, los datos nos sugieren que dichos síntomas no impiden el aprendizaje. Sin embargo, parece lógico que la apatía/abulia, anergia y anhedonia puedan limitar la generalización de los nuevos comportamientos sociales aprendidos; la apatía/abulia y la anergia disminuyendo la energía y motivación de mantener interacciones sociales, y la anhedonia reduciendo el valor reforzante de las relaciones sociales. Para examinar esta hipótesis, se necesitan más investigaciones sistemáticas.

Conclusiones

Los estudios revisados permiten establecer el EHHSS como una opción terapéutica efectiva en la esquizofrenia. De las posibles intervenciones psicosociales disponibles, sólo las estrategias de psicoeducación familiar han establecido una base empírica similar en relación a sus efectos beneficiosos en esta población severamente enferma. Sin embargo, como se ha mencionado, quedan varios caminos que han de ser aún recorridos. Los nuevos modelos sobre HHSS y adquisición de habilidades, necesitan desarrollarse y evaluarse. Los actuales programas de entrenamiento fueron desarrollados a lo largo de los años 70, y deben ser revisados para incorporar los nuevos hallazgos encontrados desde entonces. Por ejemplo, se ha establecido que los niveles de emoción expresada de los cuidadores de dichos pacientes, pueden influir en la tasa de recaídas (Halford, 1991; Parker y Hadzi-Pavlovic, 1990). Un estudio relevante (Mueser et al., 1993) sugiere que una emoción expresada elevada también ejerce su influencia en las HHSS en la esquizofrenia, sugiriendo que un programa de EHHSS, teniendo como objetivo tanto las HHSS como los comportamientos ligados a la emoción expresada, nos llevará a mayores beneficios tras el tratamiento.

Otros estudios recientes se centran en la cognición en la esquizofrenia (Bellack et al., 1989; Corrigan y Toomey, 1995; Morris et al. 1995; Penn et al., 1995). Estos y otros estudios deben generar modelos de las conductas en la resolución de los problemas sociales los cuales dictarán los programas de EHHSS. Una pregunta interesante es si se deben instruir estrategias de resolución de problemas genéricos en la esquizofrenia, fuera del contexto de las situaciones o conductas sociales específicas. La investigación de la psicología cognitiva sugiere que, en el desarrollo normal, las habilidades de resolución de problemas se determinan por la combinación de habilidades innatas y ensayos-errores en el "mundo real".

Aún queda por ver si los esquizofrénicos con déficits cognitivos pueden beneficiarse de entrenamientos programados y desarrollar habilidades de resolución de problemas, que sin duda, mejorarán su competencia social. También deben incorporar los futuros estudios sobre EHHSS medidas de resultados más rigurosas y comprensivas (Spaulding, 1992). Varios de los fracasos de los primeros estudios realizados en documentar la generalización de las habilidades adquiridas, se deben a problemas a la hora de evaluar los resultados, ya que hay una gran confusión en torno a la definición y medida de la competencia social. Se ha sugerido que los resultados en las investigaciones realizadas en la esquizofrenia, deben medirse en varios campos diferentes, incluyendo los niveles sintomáticos, la calidad de vida, la presión familiar, las habilidades necesarias para una vida independiente y el acceso a roles comunitarios (Atkinson et al., 1992). Ninguno de los estudios realizados hasta hace bien poco evaluaban los resultados en más de una o dos dimensiones.

También se deben dirigir los esfuerzos a la clarificación de la relación existente entre los síntomas esquizofrénicos y las HHSS, así como de las interacciones asociadas entre las terapias somáticas (por ejemplo, la medicación antipsicótica) y las intervenciones psicosociales como es el EHHSS. La temprana investigación sugiere que los síntomas positivos tienen una influencia mínima en las habilidades del paciente para participar y beneficiarse de un programa de EHHSS, mientras que los síntomas negativos tienen un efecto moderadamente inhibitorio. Es importante clarificar la influencia de los síntomas negativos primarios frente a los secundarios, ya que hay cada vez más diferencias importantes en los programas de tratamiento de las formas deficitarias y no deficitarias de la esquizofrenia. Los estudios sobre los efectos aditivos e interactivos de los medicamentos antipsicóticos (con los perfiles de síntomas específicos como objetivo) y sobre los protocolos de EHHSS (con comportamientos específicos

sociales/interpersonales como objetivo), no sólo ampliarán las opciones terapéuticas, sino que iluminarán la compleja y polimorfa naturaleza de la psicopatología esquizofrénica.

En resumen, los programas de EHHSS en la esquizofrenia han continuado siendo probados y refinados durante las últimas décadas. Es de gran importancia la integración de estándares metodológicos básicos en la investigación clínica de la esquizofrenia, contando a su vez con los principios establecidos por la psicología social y conductual, los cuales proporcionan la base teórica de los programas de EHHSS. Se espera que en los próximos años la investigación sobre los programas de EHHSS se caractericen por: a) una mayor atención a los protocolos de entrenamiento

altamente especificados, para dirigirse de forma más concreta hacia las áreas de vital importancia del funcionamiento social en la esquizofrenia; b) orientaciones de evaluación de los resultados más rigurosas; y c) Una mayor atención sobre los efectos aditivos e interactivos de los programas de EHHSS y los tratamientos somáticos para la esquizofrenia (Bellack y Mueser, 1993; Liberman et al, 1993; Mueser, Wallace y Liberman, 1995; Stuve, Erickson y Spaulding, 1991). Con estos desarrollos, se espera que se generen nuevos conocimientos y se consigan mejoras substanciales en las terapias destinadas a los pacientes esquizofrénicos.



¹ Alumna en prácticas en el módulo psicosocial de Rekalde.

² Tutor Practicum, Universidad de Deusto. Módulo Psicosocial de Rekalde. C/ Camilo Villabaso 24, lonja. 48002 BILBAO. iraurgi@euskalnet.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson C, Crook J, Karno M, Lehman A, McGlashan TH, Meltzer HY, O'Connor M, Richardson D, Rosenblatt A, Wells K, Williams J, Hohmann AA. (1992). *Clinical services research. Schizophrenia Bulletin*, 18, 561-626.
2. Bellack AS. (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 29-41.
3. Bellack AS, Hersen M, Lamparski D. (1979). Role-play tests for assessing social skills: Are they valid? Are they useful?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 335-342.
4. Bellack AS, Hersen M, Turner SM. (1976). Generalization effects of social skills training in chronic schizophrenics: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 391-398.
5. Bellack AS, Morrison RL, Mueser KT. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 101-116.
6. Bellack AS, Morrison RL, Mueser KT, Wade JH, Sayers SL. (1990). Role play for assessing the social competence of psychiatric patients. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 248-255.
7. Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser LT. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
8. Bellack AS, Mueser KT. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317-336.
9. Bellack AS, Schooler NR, Kane JM, Marder SR. (1995). The impact of clozapine on psychosocial competence. *Schizophrenia Research*, 15, 143.
10. Bellack AS, Turner SM, Hersen M, Luber RF. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
11. Bennett D. (1994). La importancia de la rehabilitación laboral para el paciente con discapacidad mental. *GOZE*, 5, 31-40.
12. Benton MK, Schroeder H F. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
13. Brady JP. (1984a). Social skills training for psychiatric patients, I: Concepts, methods, and clinical results. *American Journal of Psychiatry*, 141, 333-340.
14. Brady JP. (1984b). Social skills training for psychiatric patients, II: Clinical outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 141, 491-498.
15. Brown MA, Munford AM. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 466-470.
16. Caballo VE. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
17. Corrigan PW, Toomey R. (1995). Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 395-403.
18. Dobson DJG, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 376-380.
19. Donahoe CP, Carter MJ, Bloem WD, Hirsch GL, Laasi N, Wallace CJ. (1990). Assessment of interpersonal problem-solving skill.



Psychiatry, 53, 329-339.

20. Donahoe CP, Driesenga SA. (1988). A review of social skills training with chronic mental patients. In M. Hersen, RM. Eisler, PM. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp.131-164). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
21. Douglas MS, Mueser KT. (1990). Teaching conflict resolution skill to the chronically mentally ill. Social skills training groups for briefly hospitalized patients. *Behavior Modification*, 14, 519-547.
22. D'Zurilla TJ. (1986). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
23. D'Zurilla TJ, & Goldfried MR. (1971). Problem solving and behavioral modification. *Journal Of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
24. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K, Mintz J. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
25. Eisler RM, Blanchard EB, Fitts H, Williams JC. (1978). Social skills training with and without modeling for schizophrenic and non psychotic patients. *Behavior Modification*, 2, 147-173.
26. Eisler RM, Frederiksen LW, Peterson GL (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
27. Eisler RM, Hersen M, Miller PM. (1973). Effects of modeling on components of assertive behavior. *Journal Of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 1-6.
28. Finch BE, Wallace CJ. (1977). Successful interpersonal skill training with schizophrenic inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 885-890.
29. Gil F, León-Rubio JM, Jarana-Expósito L. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
30. Goldsmith JB, McFall RM. (1975). Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 51-58.
31. Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
32. Halford W. (1991). Beyond expressed emotion: Behavioral assessment of family interaction associated with the course of schizophrenia. *Behavioral Assessment*, 13, 99-123.
33. Halford W, Hayes R. (1991). Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: Recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
34. Hansen DJ, St Lawrence JS, Christoff KA. (1985). Effects of interpersonal problem solving training with chronic aftercare patients on problem-solving component skills and effectiveness of solutions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 167-174.
35. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.
36. Hersen M, Eisler RM, Miller PM. (1974). An experimental analysis of generalization in assertive training. *Behavior Research and Therapy*, 12, 295-310.
37. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ, & Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
38. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M, & Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
39. Holmes MR, Hansen DJ, St. Lawrence JS. (1984). Conversational skills training with aftercare patients in the community: Social validation and generalization. *Behavior Therapy*, 15, 84-100.
40. Irarugi I. (1997). Enfermedad mental e integración social: el papel del empleo. *GOZE*, 2, 18-24
41. Irarugi I, Villar C, Imaz I, Bombín I, Villodas I, Pajuelo J. (1998). Formación profesional, habilidades sociolaborales y rehabilitación psicosocial de personas con psicosis. *GOZE*, 4, 24-32.
42. Johnstone FC, MacMillan JF, Frith CD, Benn DL, Crow TJ. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182-189.
43. Kelly JA, Urey JR, Patterson JT. (1980). Improving heterosexual conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure. *Behavior Therapy*, 11, 179-188.
44. Lehman AF, Steinwachs DM. (1994). *Literature review: Treatment approach for schizophrenia*. Baltimore : Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), University of Maryland.
45. Liberman RP. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 62-83.
46. Liberman RP. (1995). *Social and independent living skills: The community reentry program*. Los Angeles: Author.
47. Liberman RP, Lillie F, Falloon IRH, Harpin RE, Hutchinson W, Stoute B. (1984). Social skills training with relapsing schizophrenics: An experimental analysis. *Behavior Modification*, 8, 155-179.
48. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
49. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. (1986). Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 631-647.
50. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman TA, Vaccaro JV, Zuckerman TG. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills Modules. *Innovations & Research*, 2, 43-60.
51. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston-Cronk K, Eckman TA, Lebell M, Zimmerman K, Liberman LP. (1996). Two-year outcome of social skills training and psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 156, 1585-1592.
52. May PRA. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House.
53. McFall RM. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
54. McFall RM, Twentyman CT. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion

- training. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 81,199-218.
- 55.Morris RG, Rushe T, Woodruffe PWR, Murray RM. (1995). Problem solving in schizophrenia: A specific deficit in planning ability. *Schizophrenia Research*, 14, 235-246.
- 56.Morrison RL, Bellack AS. (1981). The role of social perception in social skills. *Behavior Therapy*, 12, 69-79.
- 57.Morrison RL, Bellack AS, Mueser KT. (1988). Deficits in facial affect recognition and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 67-83.
- 58.Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Morrison RL (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- 59.Mueser KT, Bellack AS, Douglas MS, Wade JH. (1991). Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296.
- 60.Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT. (1990). Social competence in schizophrenia: Premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 51-63.
- 61.Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Tierney A, Haas G. (1993). Expressed emotion, social skill, and response to negative affect in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychiatry*,102, 339-351.
- 62.Mueser KT, Kosmidis MH, Sayers MD. (1992). Symptomatology and the prediction of social skills acquisition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 8, 59-68.
- 63.Mueser KT, Wallace CJ, Liberman RP. (1995). New developments in social skills training. *Behaviour Change*, 12, 31-40.
- 64.Munroe-Blum H, McCleary L.(1995). RCT: Social treatments for schizophrenia: 12 month findings. *Schizophrenia Research*, 15, 221.
- 65.Parker G, Hadzi-Pavlovic D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*, 20, 961-965.
- 66.Parnas J, Schulsinger F, Schulsinger H, Mednick S, Teasdale T. (1982). Behavioral precursors of schizophrenia spectrum. *Archives of General Psychiatry*, 39, 658-664.
- 67.Penn DL, Mueser KT, Spaulding W, Hope DA, Reed D. (1995). Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 269-281.
- 68.Perlick D, Stastny P, Mattis S, Teresi J. (1992). Contribution of family, cognitive, and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 257-265.
- 69.Platt JJ, Spivack G. (1972). Social competence and effective problem-solving thinking in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology* 28, 3-5.
- 70.Prudo R, Munroe-Blum H. (1987). Five-year outcome and prognosis in schizophrenia. A report from the London Field Research Center of the International Pilot Study of Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 345-354.
- 71.Romano JM, Bellack AS. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48, 478-490.
- 72.Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, Rattenni LA, Goodman M, Anthony DA, Kentros MK (1996). *Community reintegration skills training for hospitalized patients with schizophrenia: The community re-entry program*. American Psychiatric Association Annual Meeting: New York.
- 73.Spaulding WD. (1992). Design prerequisites for research on cognitive therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 39-42.
- 74.Spencer PG, Gillespie CR, Ekisa EG. (1983). A controlled comparison of the effects of social skill training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry* 143, 165-172.
- 75.Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer P, Rosenthal R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520-563.
- 76.Strauss JS, Carpenter WT. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- 77.Strauss JS, Carpenter WT. (1974). The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variable: A report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 31, 37-42.
- 78.Strauss JS, Carpenter WT. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*, 34, 159-163.
- 79.Stuve P, Erickson RC, Spaulding W. (1991). Cognitive rehabilitation: The next step in psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 9-26.
- 80.Sullivan G, Marder SR, Liberman RP, Donahoe CP, Mintz J. (1990). Social skills and relapse history in outpatient schizophrenics. *Psychiatry*, 53, 340-345.
- 81.Trower P, Bryant G, Argyle M. (1978). *Social skills and mental health*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- 82.Wallace CJ, Nelson CJ, Liberman RP, Aitchison RA, Lukoff D, Elder JP, Ferris C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- 83.Wallace CJ, Davis JR. (1974). Effects of information and reinforcement on the conversational behavior of chronic psychiatric patient dyads. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 656-662.
- 84.Wallace CJ, Liberman RP. (1985). Social skill training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.