Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 1, 2015, pp. 5-24

EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN LA ESQUIZOFRENIA

Juan A. Moriana[1], Robert P. Liberman[2], Alex Kopelowicz[2], Bárbara Luque[1], Adolfo J. Cangas[3] y Francisco Alós[1]
[1]Universidad de Córdoba (España); [2]Universidad de California (Estados Unidos); [3]Universidad de Almería (España)

Resumen

El entrenamiento en habilidades sociales representa un conjunto de procedimientos de intervención que implica la utilización de principios y técnicas de modificación de conducta para la adquisición de experiencias básicas de aprendizaje. Su objetivo principal es facilitar el desarrollo de un repertorio de comportamientos dirigidos a permitir a una persona vivir de forma independiente y ha sido aplicado en el tratamiento de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales graves. En este trabajo realizamos una revisión de la eficacia de este tipo de intervenciones mediante el estudio de los metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados, analizando los avances más recientes, sus ventajas y limitaciones. Como parte del tratamiento psicosocial y multidimensional de la esquizofrenia debatimos sobre la elección y los tipos de entrenamiento que mejores resultados han obtenido y sobre otros que están aportando importantes adaptaciones o aplicaciones de estas habilidades a diferentes ámbitos de la vida diaria.
PALABRAS CLAVE: *esquizofrenia, habilidades sociales, rehabilitación psicosocial.*

Abstract

Social skills training involves a set of interventional procedures including behavior modification principles and techniques that lead to the acquisition of basic learning experiences. Its main objective is to facilitate the development of a code of conduct aimed at enabling people to live independently; it has been applied in the treatment of schizophrenia and other serious mental disorders. We review the efficacy of such interventions following meta-analyses and randomized clinical trials, and analyzing advantages and disadvantages of recent developments. We discuss the types of training that have achieved the best results and those contributing to their application and/or adaptation to different areas of daily life as part of the multidimensional and psychosocial treatment of schizophrenia.
KEY WORDS: *schizophrenia, social skills, psychosocial rehabilitation.*

Correspondencia: Juan Antonio Moriana, Dpto. de Psicología, Universidad de Córdoba, Avda. San Alberto Magno, s/n, 14071 Córdoba (España). E-mail: jamoriana@uco.es

Introducción

La esquizofrenia está considerada como un trastorno mental grave (TMG) caracterizado por la proliferación de síntomas positivos o psicóticos, como las alucinaciones y los delirios, y síntomas negativos como la anhedonia o el aislamiento (*American Psychiatric Association* [APA], 2013). Aunque se trata de una patología muy heterogénea en cuanto a la intensidad y frecuencia de síntomas, gravedad y evolución, está considerada como uno de los trastornos más importantes e incapacitantes que puedan afectar a un individuo (Mueser y McGurk, 2004). Las fluctuaciones en estas características, con periodos de aislamiento, hospitalización, mejoría, recaídas, deterioro, afectan a la mayoría de las personas que la padecen, produciendo importantes dificultades en el funcionamiento diario y en su capacidad para vivir de forma independiente.

La gran cantidad de componentes psicosociales que alteran la vida de quienes sufren esquizofrenia dieron lugar a la generación de modelos conceptuales y explicativos de este trastorno que ponían el énfasis tanto en características biológicas como ambientales. Entre ellos, el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977) y el de recuperación (Bellack, 2006) fueron los más difundidos (Mueser, Deavers, Penn y Cassidi, 2013). Dentro de estos modelos se incluían importantes variables psicológicas implicadas en la etiología, génesis, mantenimiento, curso y pronóstico de estas alteraciones que fueron fundamentales para la introducción y aceptación de los tratamientos psicológicos por la incidencia y énfasis que en estas variables hacían.

La asunción de que el tratamiento farmacológico (neurolépticos-antipsicóticos) es insuficiente y que había que complementar la intervención con otros tipos de terapéuticas pronto comienza a ganar protagonismo y su estudio y desarrollo son objetivo prioritario de numerosas instituciones y líneas de investigación.

Aparece entonces la necesidad de demostrar que las intervenciones validadas empíricamente y aceptadas por la comunidad científica pueden ser útiles y ser aplicadas de forma preferencial en pacientes con esquizofrenia. Los principales tratamientos que actualmente se utilizan y recomiendan instituciones como la APA o el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (Moriana y Martínez, 2011) son la terapia cognitivo conductual, el tratamiento asertivo comunitario, la psicoeducación familiar e intervención familiar breve, los programas de autogestión del trastorno, la rehabilitación cognitiva, los programas de empleo protegido y el entrenamiento en habilidades sociales. Existen otras como la arteterapia, el asesoramiento (*counseling*) y terapias de apoyo y los programas de gestión y recuperación de casos que actualmente reciben, desde alguna de estas instituciones, moderado apoyo a su eficacia (Mueser *et al*., 2013; NICE, 2014). Finalmente también existen otros enfoques terapéuticos prometedores como la conciencia plena (*mindfulness*), la terapia de aceptación y compromiso y la terapia cognitiva adaptativa (Cangas e Ibañez, 2010; Velligan, el al., 2008), que se encuentran en fase experimental pero bastante avanzadas para su validación empírica. De entre todos ellos, Bellack (2004) señala que el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), la terapia cognitiva conductual y la rehabilitación

cognitiva son las que mejor apoyo empírico reciben, destacando el primero sobre el resto por la relevancia de sus hallazgos y la proliferación de estudios (Addington *et al*., 2011; Mueser *et al*. 2013).

El EHS fue diseñado primeramente como un tratamiento para atenuar los efectos de los déficit sociales de la esquizofrenia utilizando técnicas provenientes del aprendizaje social y conductual (Wallace, 1998). Inicialmente fue desarrollado y validado en EE.UU. para personas con esquizofrenia (Bellack y Hersen, 1979), aunque posteriormente sus aplicaciones fueron adaptadas para otros trastornos mentales graves (Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2008). El EHS puede ser definido como una intervención estructurada, de tipo psicosocial, basada en el aprendizaje y dirigida a mejorar el funcionamiento personal y reducir el estrés y las dificultades en situaciones sociales. La intervención debe incluir la evaluación del comportamiento, en general, y de habilidades sociales e interpersonales en particular; también incluyen las habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y las de percibir, interpretar y responder adecuadamente a situaciones comunes de la vida cotidiana (NICE, 2014).

El resultado de este tipo de entrenamiento no sólo supone un factor de protección ante el estrés (Liberman, Kopelowicz y Silverstein, 2005) sino que también ayuda a estabilizar los síntomas, hacer a las personas más resistentes y adheridas a su tratamiento y mejorar las posibilidades de integración social (Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2006). Sus efectos van dirigidos a paliar y mejorar múltiples síntomas y situaciones propias de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales graves, como problemas personales, síntomas positivos y negativos, efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, ansiedad, aislamiento social, déficit cognitivos y en habilidades de relación y comunicación (Smith, Bellack y Liberman, 1996). También influyen en la aceptación y conciencia del trastorno, estigma, mejora el acceso al empleo y las relaciones en el trabajo, habilidades de la vida diaria y fomento de la independencia (gestión económica, labores del hogar, etc.).

La prevalencia de déficit de habilidades en más de dos tercios de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y su relación con el manejo de síntomas, recaídas y funcionamiento social, en general, justifican que la aplicación del EHS se haya incorporado a los tratamientos habituales de estos trastornos (Liberman, Mueser y Wallace, 1986).

El desarrollo de habilidades sociales en pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves, como facilitadores de su proceso rehabilitador y de su reinserción social, tuvo su momento álgido en las décadas de los años 70 y 80. Su influencia contribuyó a la definición de un marco de política sanitaria (reformas psiquiátricas) que asumían la desinstitucionalización de los dispositivos de internamiento (hospitales psiquiátricos) apostando por el tratamiento en la comunidad y por la permanencia del paciente en su domicilio familiar.

A diferencia de los efectos producidos por el tratamiento farmacológico, los beneficios del EHS suelen requerir, más tiempo y, por lo general, presentan mejores resultados cuanto más intensivo y estructurado es el tipo de entrenamiento (Wallace, 1998). La aplicación del EHS ha estado asociada a la recomendación de utilizar equipos multidisciplinares de rehabilitación en los

contextos naturales de vida del paciente. Algunas de las atribuciones realizadas a estos equipos implicaban la accesibilidad (preferiblemente 24 horas al día, los siete días de la semana) y coordinación con otras instituciones implicadas (servicios sociales y de la comunidad, agencias de empleo, centros educativos); también focalizar las líneas más importantes de atención con énfasis en la normalización y reintegración (p. ej., síntomas, trabajo y educación, relaciones personales y familiares, higiene personal, vida espiritual, ocio…), o la adaptación a la diversidad lingüística, étnica y cultural (Valencia, Moriana, Liberman, Kopelowicz y Zárate, en prensa). Se potencia maximizar los recursos naturales de cada persona y los elementos accesibles dentro de su contexto de vida, buscando su participación activa en la identificación de objetivos, diseño del plan de tratamiento y colaboración con el equipo de intervención, allegados y familiares.

Uno de los aspectos más importantes del EHS es la individualización del tratamiento y su adaptación, de forma flexible, a las características tanto sociales como personales de cada individuo a lo largo de las cuatro fases evolutivas de este tipo de problemas (la fase aguda, la de estabilización progresiva, la fase de estabilidad y la de recuperación-rehabilitación). El tipo de intervención será diferente en cada fase y adaptada a los avances o retrocesos en su proceso de recuperación.

Aunque sus ventajas han quedado patentes a lo largo de la literatura, también se han producido cuestionamientos de estas intervenciones y limitaciones que han señalado, principalmente, sus dificultades para la generalización de los resultados entrenados en contextos de la vida cotidiana (NICE, 2014; Shepherd, 1978) y su posible inadecuación o reducción de efectos en pacientes con sintomatología negativa (Elis, Caponigro y Kring, 2013).

El objetivo principal del presente artículo es revisar las pruebas empíricas del EHS para personas con esquizofrenia, teniendo en cuenta sus particularidades y recomendaciones en función de las características propias de este trastorno, y analizar los avances e innovaciones que sobre este tipo de intervención se están obteniendo en la actualidad.

La eficacia de los programas de entrenamiento de habilidades sociales para la esquizofrenia

Los programas de EHS comienzan con una detallada evaluación que normalmente utiliza el análisis funcional de la conducta y numerosos autoinformes (la mayoría autorregistros), sobre habilidades necesarias para vivir de forma independiente. A partir de esta información se diseña un procedimiento de intervención, que utiliza el refuerzo positivo, el establecimiento de metas, el modelado, los ejercicios para casa y la representación de papeles (*role playing*), como principales métodos para intentar generalizar lo aprendido a contextos naturales (Kopelowicz *et al*., 2006). La mayoría de EHS han sido estructurados y organizados en módulos temáticos de habilidades sociales para vivir de forma independiente que permiten al profesional de salud mental entrenado y con experiencia, la aplicación flexible y personalizada a cada caso, dentro de unas directrices comunes. Los más utilizados en el contexto clínico y en la literatura

científica han sido los desarrollados en la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), por el equipo del Dr. Robert P. Liberman (Liberman *et al*., 1993). Han sido traducidos a 23 idiomas diferentes y utilizados en múltiples países (Liberman, 2008). En la tabla 1 se presentan los nueve módulos temáticos, sus principales objetivos y las habilidades entrenadas.

Cada uno de los módulos que hemos descrito está compuesto por un conjunto de habilidades/competencias y objetivos. El participante realiza diferentes tipos de actividades estructuradas diseñadas especialmente para pacientes con esquizofrenia. Algunas han sido probadas en intervenciones individuales, sobre todo adaptadas a situaciones concretas (p. ej., el contexto laboral de un usuario o sus relaciones sexuales), la mayoría se han aplicado (y demostrado su eficacia) en tratamiento ambulatorio y pacientes hospitalizados. Aunque no en todos los módulos se sigue necesariamente el mismo orden, su desarrollo suele contemplar los siguientes aspectos:

- Introducción a la habilidad o competencia entrenada.
- Demostración en video o DVD de interacciones o representación de habilidades.
- Representación de papeles (*role play*).
- Entrenamiento en técnicas de solución de problemas.
- Aplicación de técnicas de solución de problemas en la vida diaria.
- Generalización "en vivo" con asesoramiento técnico.
- Trabajo para casa.

El diseño de estos procedimientos implica la posibilidad de que un mismo individuo participe en uno o más módulos en función de sus necesidades y de sus características. Pueden ser aplicados de forma individual o en grupos de 4 a 12 personas, dirigidos por 1-2 terapeutas. Las sesiones duran entre 45 y 90 minutos, dependiendo del nivel de atención del paciente y de los síntomas o momento del curso del trastorno en el que se encuentren. Su periodicidad también depende del tipo de unidad en la que se aplique y del tipo de pacientes, siendo el mínimo recomendable dos sesiones semanales durante al menos tres meses.

El *módulo de habilidades básicas de conversación* es uno de los más utilizados en el ámbito clínico. Gran parte de la tradición de trabajar con habilidades sociales y conversacionales con trastornos mentales graves han heredado de este módulo su forma de entrenar estas habilidades. También se trata de uno de los que más apoyo empírico posee con base en estudios clínicos controlados (Cirici, García y Obiols, 2001; Dobson, McDougall, Busheikin y Aldous, 1995; Kopelowicz *et al*., 2006; Liberman *et al*., 1998; Tsang y Pearson, 2001). Está dirigido a usuarios con pobres habilidades sociales y pocas relaciones interpersonales debidas a los déficit provocados por su trastorno mental. Este módulo puede utilizarse de forma conjunta al de ocio y tiempo libre y con el de relaciones interpersonales e íntimas.

Tabla 1
Módulos de entrenamiento en habilidades sociales para vivir de forma independiente

Módulos	Objetivos	Habilidades/Competencias
1. Habilidades básicas de conversación	Fomentar la participación del paciente en breves, pero agradables, interacciones personales	1. Comunicación verbal y no verbal. 2. Cómo comenzar una conversación agradable. 3. Cómo mantener una conversación agradable. 4. Cómo finalizar una conversación.
2. Control/manejo de la medicación	Entrenar habilidades para la adherencia al tratamiento farmacológico y para una correcta autoadministración de la medicación prescrita por el psiquiatra	1. Obtener información sobre los beneficios de la medicación. 2. Aprender a autoadministrarse la medicación correctamente. 3. Identificar los efectos secundarios de la medicación. 4. Tratar y negociar con un asesor los temas relacionados con la medicación.
3. Módulo de control/manejo de síntomas y prevención de recaídas	Identificar los primeros signos de alerta de recaída, prevenir o minimizar sus efectos y ayudar a controlar los síntomas activos de un paciente	1. Cómo identificar señales de aviso de recaída. 2. Qué hacer cuando aparecen señales de aviso. 3. Hacer frente a los síntomas persistentes. 4. Evitar el alcohol y las drogas.
4. Reintegración en la comunidad	Desarrollar un plan de gestión y orientación para la re-integración del paciente y aplicar los medios para prevenir una recaída	1. Cómo planificar la reintegración en la sociedad. 2. Afrontar el estrés en la comunidad. 3. Adherencia al tratamiento y solución de problemas. 4. Identificar señales de recaídas 5. Qué hacer en caso de emergencia
5. Control/manejo del abuso de sustancias (patología dual)	Erradicación del abuso de drogas y alcohol. Va dirigido especialmente a diagnósticos de patología dual y en general a cualquier consumidor de sustancias de abuso	1. Principios sobre prevención de recaídas en el consumo de drogas y otras sustancias adictivas. 2. Evitar el uso indebido de drogas y potenciar el desarrollo de actividades saludables y agradables. 3. Adaptar los conocimientos aprendidos a situaciones negativas en entornos reales.
6. Implicación de las familias en los servicios de salud mental	Implicación de las familias en el tratamiento y rehabilitación de su allegado enfermo haciendo un uso racional y positivo de los servicios de salud mental	1. Desarrollar una colaboración adecuada con la familia. 2. Ofrecer información sobre la salud mental. 3. Mejorar la comunicación y la resolución de problemas en el entorno familiar. 4. Ayudar a la utilización de los servicios que ofrece el sistema. 5. Ayudar a la familia a satisfacer sus propias necesidades. 6. Ayudar a las familias que tienen pacientes con características especiales. 7. Manejar la confidencialidad y la diversidad cultural.
7. Ocio y tiempo libre	Intentar "enganchar" a los pacientes en actividades de ocio y tiempo libre de larga duración. Enseña a desarrollar actividades de ocio de forma independiente, incluyendo ejercicios para saber localizar, buscar, evaluar, explorar y mantener actividades de ocio y tiempo libre	1. Identificar los beneficios de las actividades. 2. Obtener información. 3. Cómo buscar y encontrar actividades y qué necesito para desarrollarlas 4. Cómo comprometerse a desarrollar, evaluar y mantener una actividad.
8. Relaciones interpersonales e íntimas	Fomentar el desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias a largo plazo y potenciar una forma adecuada de afrontar las relaciones íntimas	1. Estableciendo relaciones interpersonales. 2. Información sobre sexo seguro. 3. Identificar los beneficios y los riesgos de mantener relaciones sexuales. 4. Precauciones en las relaciones sexuales. 5. Tomando decisiones sobre relaciones sexuales.
9. Habilidades aplicadas al trabajo	Hacer del trabajo una actividad agradable y satisfactoria y ayudar a la búsqueda y/o mantenimiento de un trabajo. Está formado por tres grupos de habilidades	1. Conocer el lugar y el ámbito de trabajo. 2. Estar alerta a la aparición de problemas o dificultades. 3. Técnicas de resolución y prevención de problemas.

El *módulo de control/manejo de la medicación* es también uno de los más citados en la literatura (Eckman, Liberman, Phipps y Blair, 1990; Eckman, Wirshing y Marder, 1992; Liberman *et al*., 1998; Moriana, Alarcón y Herruzo, 2004; Valencia, Rascón, Juarez y Murow, 2007). Abarca casi todas las casuísticas típicas de la toma de medicación en trastornos mentales graves (efectos secundarios, interacciones, dosis, interrupción de tomas, baja adherencia, etc.), entrenando al usuario, de forma activa, para solucionar los problemas comunes que normalmente se presentan en este contexto. El listado de recomendaciones y orientaciones para distintas situaciones (crisis, descompensaciones, problemas de sueño, efectos secundarios de la medicación, etc.) es muy útil para cualquier persona que reciba un tratamiento farmacológico a largo plazo, como ocurre en la gran mayoría de trastornos mentales graves.

El *módulo de control/manejo de síntomas y prevención de recaídas* facilita una guía a los pacientes para la localización y percepción de síntomas prodrómicos y desarrolla un plan de emergencias personalizado que recoge todo lo que debe hacer en caso de detectar una exacerbación de síntomas o de padecer una crisis o brote psicótico (Liberman *et al*., 1998; Marder *et al*., 1996).

El *módulo de reintegración en la comunidad* está dirigido a pacientes con hospitalizaciones breves en unidades de agudos y/o con hospitalizaciones a medio o largo plazo que deben preparar su regreso e integración en la comunidad (Anzai *et al*., 2002; Smith *et al*., 1999; Xiang *et al*., 2006). Está constituido por 16 sesiones estructuradas. Desarrolla un programa de manejo de estrés para la vida en la comunidad, planifica el alta hospitalaria y trabaja la conexión del paciente con los servicios de salud mental. Recoge aspectos importantes de módulos anteriores, pero muy centrados en el periodo posterior al alta hospitalaria para evitar un reingreso al poco tiempo de haber vuelto a su hogar y comunidad social de referencia. Algunas de las sesiones abordan temáticas tan importantes como planificar el día a día, resolver problemas con la medicación, vías de reconexión con la comunidad y sus recursos, identificar signos de alarma de recaídas, planificar un plan de emergencia y afrontar el estrés de la vida en comunidad.

El *módulo de control/manejo del abuso de sustancias* va dirigido especialmente a diagnósticos de patología dual y en general a cualquier consumidor de sustancias (Ho, Tsuang y Liberman, 1999; Patterson *et al*., 2006; Roberts, Shaner y Eckman, 1999). Este módulo suele combinarse con el de ocio y tiempo libre, con el de habilidades básicas de comunicación, el de relaciones interpersonales e íntimas y con el de habilidades para la búsqueda y mantenimiento de trabajo.

El *módulo de implicación de las familias en los servicios de salud mental* es uno de los menos estructurados. En él se subraya la importancia de la familia en todo el proceso de tratamiento de su allegado, señalando que la predisposición a la colaboración de la familia es uno de los factores más importantes de la rehabilitación (Moriana, Liberman, Kopelowitz y Cangas, 2009). Presenta un planteamiento centrado en la gestión o tutorización de casos, el diseño de planes de emergencia y recaídas o la implicación y coordinación previa de los tres pilares fundamentales del tratamiento (paciente, profesional y familia).

El *módulo de ocio y tiempo libre* pretende ayudar a los usuarios a gestionar su ocio y tiempo libre ayudándole a encontrar las actividades que mejor se adapten a sus gustos y características, asesorándoles sobre cómo pueden buscarlas dentro de su comunidad (Liberman *et al*., 1998). Por las especiales características de estos pacientes se trabaja el compromiso y el mantenimiento de las actividades a medio-largo plazo. Este módulo puede ser combinado con el de habilidades de comunicación (Cirici *et al*., 2001) y con el de relaciones interpersonales e íntimas.

El *módulo de relaciones interpersonales e íntimas* trata de un tema muy importante (y poco abordado) para las personas que tienen un trastorno mental grave y es bastante novedoso dentro de la literatura científica sobre el tema. Este módulo está dividido en dos partes. En la primera se aborda el tema de las relaciones interpersonales y en la segunda parte se habla directa y abiertamente de sexualidad utilizando un vídeo explícito y demostrativo de cuestiones tan importantes como explicar cómo es una conducta sexual apropiada, cómo proporcionarse mutuamente placer o cómo reconocer señales de que la persona que tenemos en frente no está interesada (o sí) en mantener relaciones sexuales con nosotros.

Finalmente, en el *módulo de habilidades aplicadas al trabajo* se tratan situaciones típicas del contexto laboral como las relaciones con los jefes o con los compañeros de trabajo, el consumo de alcohol y drogas en el trabajo, la motivación laboral, etc. (Mueser y Noordsy, 2005; Tsang y Pearson, 2001; Wallace y Tauber, 2004).

Método

El presente trabajo es un artículo de revisión sistemática de la literatura científica que aborda el estudio de las pruebas de la eficacia del EHS en esquizofrenia, publicadas en metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados (*randomized clinical trials*, RCTs) y guías de práctica clínica.

Materiales

Los documentos consultados han sido, fundamentalmente, artículos de investigación empírica (RCTs, diseños cuasiexperimentales), artículos de revisión (sistemática, metaanálisis…) y guías de tratamiento. Las bases de datos analizadas, descriptores básicos y materiales seleccionados aparecen expuestos en la tabla 2.

Procedimiento

En primer lugar se utilizaron bases de datos internacionales, en lengua inglesa, introduciendo descriptores relacionados con el tema. El número concreto de fuentes, una vez descartados artículos según criterios de búsqueda y lectura de resúmenes (*abstracts*), queda resumido en la tabla 2. Asimismo se consultaron las páginas web de instituciones internacionales de reconocido prestigio que recogían información sobre intervenciones eficaces para trastornos mentales con apoyo empírico *(American Psychological/Psychiatric Associations*, *National Institute for*

Health and Care Excellence, *Cochrane Collaboration*) consultando las revisiones sistemáticas y guías correspondientes a "*schizophrenia*" y "*social skills training*".

Tabla 2
Fuentes documentales utilizadas para la revisión

Objetivo	Análisis de la literatura científica sobre el EHS en esquizofrenia a través del estudio de ensayos clínicos aleatorizados, diseños cuasiexperimentales, artículos de revisión sistemática, metaanálisis y guías de práctica clínica con apoyo empírico
Bases de datos analizadas	*Web of Knowledge Science Citation Index Expanded-ISI Databases, Medline, Pubmed PsycINFO y Proquest*
Descriptores Básicos	Ensayos clínicos aleatorizados/Metaanálisis/Total
	Los criterios de búsqueda incluían la selección de documentos por tipo de artículo (artículo regular y revisión). Las palabras claves combinaron los tópicos "*social skills training*" "*schizophrenia*" "*treatment*" "*randomized clinical trials*" "*metanalyses*" "*review*".
Materiales seleccionados según el resumen (*abstract*)	Búsqueda general: 408 publicaciones (51 revisiones/307 artículos empíricos/11 metaanálisis/49 otras publicaciones). Cribado específico EHS: 14 revisiones/25 ensayos clínicos aleatorizados/6 metaanálisis
Guías de práctica clínica y recomendaciones de instituciones internacionales	- *American Psychological Association* www.apa.org (división 12 *Clinical Psychology),* listados de tratamientos con apoyo empírico de su eficacia para la esquizofrenia - *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014) www.nice.org.uk Guía correspondiente a esquizofrenia - *Cochrane Collaboration* 93 *Randomized Clinical Trials* de los cuales 73 son específicos de EHS y 432 revisiones sistemáticas para esquizofrenia dos de ellas relacionadas con EHS - "*Life skills programmes for chronic mental illnes*" (2012) - "*Social skills programmes for schizophrenia*" (2012)

Resultados

Uno de los resultados más destacados del análisis de la literatura es la gran cantidad de investigaciones relacionadas con el EHS y la esquizofrenia. Lamentablemente muchos de estos estudios empíricos que han sido denominados como RCTs tienen importantes deficiencias metodológicas (p. ej., ausencia de grupo control o de grupo de comparación terapéutica, no asignación aleatoria de casos a grupos). Quizás la más destacable es la relacionada con la heterogeneidad de características propias de los participantes diagnosticados de esquizofrenia, su diversidad de evolución y curso y las dificultades para su reclutamiento en investigación. De esta forma, a pesar de que instituciones como *Cochrane Collaboration* informan de 93 RCTs, si aplicamos de forma estricta los criterios metodológicos de aprobación de RCTs podemos concluir que sólo 25 de dichos estudios cumplirían con dichas exigencias. El resto son investigaciones que tienen algunas de las deficiencias señaladas anteriormente y que algunas instituciones como el NICE (2014) también critican en sus revisiones.

Los principales resultados de RCTs de comparativas entre el EHS están resumidos en la tabla 3.

Tabla 3
Principales ensayos clínicos que han utilizado entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Tipo de trabajo	Referencias	Nº de investigaciones (participantes)	Principales resultados y observaciones
EHS versus grupo control	Bellack *et al*. (1994); Brown (1983); Chien *et al.* (2003); Choi y Kwon (2006); Daniels y Roll (1998); Dobson *et al*. (1995); Eckmann *et al*. (1992); Granholm *et al*. (2005); Hayes *et al*. (1995); Liberman *et al*. (1998); Lukoff *et al*. (1986); Marder *et al*. (1996); NG *et al*. (2007); Patterson *et al*. (2003, 2006); Peniston (1988); Pinto *et al.* (1999); Roncone *et al*. (2004); Ucok *et al*. (2006); Valencia *et al*. (2007)	20 (*N*= 1215)	Superioridad del EHS en la mayoría de variables, sobre todo en adquisición de habilidades y reducción de síntomas. Limitaciones metodológicas.
EHS versus tratamiento convencional	Bellack *et al*. (1984); Chien *et al*. (2003); Choi y Kwon (2006); Daniels y Roll (1998); Granholm *et al*. (2005); Patterson *et al*. (2006); Peniston (1988); Roncone *et al*. (2004); Ucok *et al*. (2006); Moriana *et al*. (2006); Valencia *et al.* (2007)	11 (*N*= 574)	La mayoría de estudios informan de mayor eficacia del EHS. Limitaciones metodológicas
EHS tradicional versus EHS virtual	Park *et al*. (2011)	(*N*= 91)	Obtienen mejores resultados para el grupo virtual en asertividad, comunicación y generalización
EHS versus otros tratamientos alternativos	Brown (1983); Dobson *et al*. (1995); Eckmann *et al*. (1992); Hayes *et al*. (1995); Liberman *et al*. (1998); Lukoff *et al*. (1986); Marder *et al*. (1996, NG *et al*. (2007); Patterson (2006); Pinto *et al*. (1999)	10 (*N*= 674)	Superioridad de EHS. Limitaciones metodológicas
EHS en pacientes con síntomas negativos	Dobson *et al*. (1995); Hayes *et al*. (1995); Horan *et al*. (2009); Lecomte *et al*. (2008, 2012); Rus-Calafell *et al.* (2013); Gil Sanz *et al.* (2009); Xiang *et al.* (2006)	8 (*N*= 392)	6 de las 8 investigaciones obtenían resultados significativos en la mejora de síntomas y habilidades

Metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados sobre EHS	1. Corrigan (1991)	73	Resultados positivos en adquisición y mantenimiento de habilidades y reducción de síntomas
	2. Benton y Schroeder (1990)	27	Resultados muy optimistas para el EHS y adquisición de habilidades
	3. Dilk y Bond (1996)	68	Mejorías significativas en asertividad y habilidades interpersonales
	4. Pilling *et al.* (2002)	9	No obtienen resultados positivos ni clara evidencia de su eficacia. No recomiendan su utilización
	5. Pfammater *et al.* (2006)	19	Resultados positivos en adquisición de habilidades, menores efectos pero significativos en asertividad, funcionamiento social y síntomas
	6. Kurtz y Mueser (2008)	22	Efectos positivos moderados en habilidades de la vida diaria y funcionamiento social y mejora de síntomas negativos

Los estudios considerados, en líneas generales, muestran resultados de eficacia en mayor o menos medida, en adquisición de habilidades y reducción de síntomas. En sus diferentes comparativas con grupos control, tratamiento convencional y otros tratamientos alternativos también destacan sus efectos positivos. En la comparativa de *tratamiento cognitivo conductual vs. EHS*, hay que destacar que ambos tratamientos son eficaces. En su aplicación específica a pacientes con síntomas negativos, en el caso de la terapia cognitivo conductual, existe una mejora de los síntomas en más del 60% de los participantes mientras que en el EHS lo hace en un 40%. También existen diferencias respecto al tiempo de duración del tratamiento siendo de 8,75 meses (rango de 9 semanas a 24 meses) en el caso de EHS y de 6 meses (rango de 2 a 18 meses) en el caso del grupo de cognitivo conductual (Elis *et al*., 2013). Los programas de *entrenamiento en cognición social*, utilizados de forma conjunta con EHS dio lugar a la *terapia integrada de la esquizofrenia* (Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996) que con el respaldo de 36 investigaciones, 21 de ellas RCTs, han informado de un moderado

impacto positivo sobre el funcionamiento psicosocial, cognición social y mejora de síntomas en pacientes con esquizofrenia (Mueser *et al*., 2013).

Bucci *et al*. (2013) realizan un RCT en el que comparan el *EHS vs. entrenamiento neurocognitivo* individualizado en 72 pacientes obteniendo el segundo grupo mejores resultados para variables relacionadas con la atención, memoria verbal y funcionamiento ejecutivo que el grupo de EHS. Sin embargo los autores no miden ninguna variable asociada específicamente a habilidades sociales.

Los metaanálisis (tabla 3) sobre EHS en esquizofrenia han oscilado del optimismo generalizado de los publicados inicialmente, a resultados contradictorios que incluso desaconsejaban su utilización. Sin embargo, los más actuales que recogen un amplio número de participantes, recomiendan su aplicación aunque informan de resultados divergentes respecto a la robustez y consistencia de los mismos, de forma que si bien la mayoría obtiene resultados positivos en lo que respecta a la adquisición de habilidades, todavía no alcanzan la potencia suficiente el mantenimiento de las mismas a largo plazo o el efecto en la mejora de algunos síntomas como los negativos. Muchas de las investigaciones utilizadas en algunos de estos metaanálisis no eran ensayos clínicos aleatorizados.

El metaanálisis de Benton y Schroeder (1990) obtuvo resultados muy optimistas y positivos para el EHS en adquisición de habilidades en general, asertividad y mejora de la ansiedad social, pero menores en funcionamiento sociocomunitario y síntomas. Corrigan (1991) en un metaanálisis posterior informó de excelentes resultados en la adquisición y mantenimiento de habilidades y reducción de síntomas. Por otro lado, Dilk y Bond (1996) también obtuvieron mejorías significativas en asertividad y habilidades interpersonales aunque mucho menores efectos en habilidades de la vida diaria para vivir de forma independiente. Estos últimos autores también informaban de algunas limitaciones con la selección de las muestras participantes utilizadas en muchos de los estudios.

El metaanálisis de Pilling *et al*. (2002) no encuentra resultados positivos en el EHS que recomienden su elección como tratamiento habitual en la esquizofrenia. En cuatro estudios de este metaanálisis (Bellack, Turner, Hersen y Luber, 1984; Hogarty *et al*., 1986 y Marder *et al*., 1996; Wallace y Bonne, 1983), que implicaban a un total de 235 pacientes, informaban de recaídas a lo largo del primer año de tratamiento y no encontraban resultados significativos comparados con otros tratamientos habituales. Asimismo dos investigaciones (Hayes, Halford y Varghese, 1995 y Lukoff, Wallace, Liberman y Burke, 1986) no observaban beneficios en EHS respecto al ajuste global de los pacientes. Sin embargo, los resultados negativos de este metaanálisis han sido criticados desde el punto de vista metodológico por Mueser y Penn (2004) atribuyendo parte del efecto negativo al tipo de análisis utilizado.

Pfammater, Jungham y Brenner (2006), investigan el efecto de 19 RCTs obteniendo resultados positivos en adquisición de habilidades y menores efectos pero significativos en asertividad, funcionamiento social y síntomas.

Respecto al metaanálisis de Kurtz y Mueser (2008), que incluye 22 estudios (dentro de los que están seis RCTs del metanálisis anterior) y 1521 participantes, obtiene los efectos positivos más robustos en la evaluación de las medidas de las

habilidades que se enseñan directamente (adquisición de habilidades tras el entrenamiento), resultados moderados en funcionamiento social y mejora de síntomas negativos, y menores efectos para las recaídas.

En cuanto al análisis de las revisiones sistemáticas que encontramos en la literatura, dentro de las 432 revisiones sistemáticas proporcionadas por la *Cochrane Collaboration* para la esquizofrenia, sólo dos están relacionadas con el EHS. Una con los programas de habilidades de la vida diaria para personas con trastornos mentales crónicos y otra para programas de EHS en esquizofrenia. La primera (Tungpunkom, Maayan y Soares-Weiser (2012), incluye siete RCTs con un total de 483 participantes, en los que se evalúan estos programas frente a los cuidados habituales, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos en síntomas positivos y negativos valorados a través de la "Escala de síndromes positivo y negativo" (*Positive and Negative Syndrome Scale* [PANSS]; Kay, Opler y Fiszbein, 2000). Por esta razón los autores sugieren que no hay pruebas suficientes que sugieran que los programas de habilidades de la vida diaria son adecuados para personas con trastorno mental crónico. En cuanto a la segunda (Almerie, Al marhi, Alsabbagh y Maayan, 2012) "*Social skills programmes for schizophrenia*", actualmente, desde *Cochrane Collaboration*, no se proporciona ni dispone de información sobre esta revisión.

Respecto a revisiones sistemáticas publicadas, la mayoría pone el énfasis en la utilidad de EHS para hacer que los individuos aprendan y mantengan las habilidades adquiridas y que transfieran sus aprendizajes a su ámbito cotidiano de vida (APA, 2004; Bellack, 2004; Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000).

En cuanto a las guías clínicas y listados realizados por diversas instituciones el EHS aparece en la mayoría de listados empíricamente validados (Moriana y Martínez, 2011) como una intervención de elección para complementar el tratamiento de forma conjunta a otras terapéuticas (tratamiento farmacológico, terapia cognitiva, etc.). Quizás la organización más reticente en su recomendación ha sido el NICE alegando que la mayoría de RCTs se habían realizado fuera de Gran Bretaña, fundamentalmente en EE.UU., y que presentaban limitaciones tanto metodológicas como de generalización y mantenimiento de resultados (NICE, 2014).

Dentro de los resultados de nuestra revisión destacan aplicaciones del EHS que suponen una innovación (Liberman *et al*., 1993) respecto al uso tradicional de este tipo de entrenamientos. Su adaptación a personas mayores y poblaciones geriátricas con trastorno mental grave está siendo una de las más estudiadas (Berry y Barrowclough, 2009; Granholm, McQuaid y McClure, 2005; Mueser *et al*., 2010). Otra innovación ha sido su aplicación a domicilio y a nivel individual en el entorno natural del paciente facilitando la generalización y el mantenimiento de resultados (Moriana, Alarcón y Herruzo, 2004, 2006a, 2006b).

La masificación de usuarios en los servicios de salud mental y el coste de las intervenciones psicosociales está dando lugar a las primeras investigaciones sobre EHS utilizando formatos abreviados que obtienen buenos resultados en su aplicación (Rus-Calafel, Gutiérrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabaté y Caqueo-Urízar, 2013).

Algunos autores defienden también su adaptación a formatos de telemedicina y nuevas tecnologías (Kopelowicz *et al*., 2006). En este contexto, Park *et al*. (2011) realizan un RCT comparando la aplicación de EHS en versión informatizada y virtual frente a la aplicación tradicional obteniendo mejores resultados para el grupo virtual en asertividad, comunicación y generalización de resultados pero menos en habilidades no verbales. En general la mayoría de los estudios destacan la importancia asumida del EHS como intervención que incrementa los niveles de recuperación en esquizofrenia y otros trastornos mentales graves (Liberman, 2008).

Discusión

El EHS debería ser una pieza fundamental de los servicios de rehabilitación psiquiátrica para trastornos mentales graves y ofertarse dentro de paquetes de múltiples componentes combinados y adaptados según las necesidades de cada individuo (Lyman *et al*, en prensa). El uso del EHS debe efectuarse dentro del marco de programas multidimensionales (Kopelowicz *et al*., 2006) formados por tratamientos combinados que contemplen la terapia farmacológica, intervenciones de carácter psicológico y social, que de forma coordinada y adaptada a cada usuario, sean capaces de amoldarse a los cambios y curso de este tipo de trastornos (Liberman, 2008).

El análisis de los resultados señala que los beneficios del EHS son mayores para un tipo de pacientes según criterios de edad, comienzo del trastorno, curso y de características sintomatológicas, siendo menores para otros perfiles dentro del espectro de la esquizofrenia y de otros trastornos mentales graves. Se obtendrán mejores resultados en pacientes que comienzan el trastorno de forma tardía, sin deterioro cognitivo, de cuadro de inicio no insidioso, sintomatología positiva, síntomas leves o moderados, con pocas recaídas, buen apoyo familiar y social (casado, con ocupación laboral…), buena respuesta al tratamiento farmacológico, nivel cultural medio-alto previo al inicio del trastorno, con personalidad premórbida no patológica, etc.

Uno de los principales problemas que presentan los EHS es la generalización de sus resultados. Algunos estudios sugieren que quizás se entrenen habilidades que los usuarios no utilizan o utilizan poco en la vida cotidiana, no produciéndose un adecuado proceso de generalización. Para intentar abordar esta situación se ha propuesto un soporte de apoyo comunitario que se denomina "Entrenamiento amplificado de habilidades en vivo" (*In Vivo Amplified Skills Training*, IVAST), en el que un gestor de casos hace un seguimiento personalizado del usuario intentando crear oportunidades para desarrollar las habilidades aprendidas en su comunidad, en un contexto real (Kopelowicz *et al*., 2006; Liberman, 2008).

Actualmente la investigación va dirigida a utilizar procedimientos combinados (p. ej., terapia integrada de la esquizofrenia-EHS-tratamiento farmacológico), a intentar potenciar los efectos de generalización de resultados a contextos domiciliarios y comunitarios y a integrar el trabajo desarrollado en diversos dispositivos (no sólo de salud mental, también servicios sociales, comunitarios).

Los módulos de EHS han sido sometidos a procesos de evaluación de su eficacia en varias revisiones llegando a la conclusión de que los pacientes adquieren un repertorio significativo de habilidades para vivir de forma independiente y que éstas se mantenían durante periodos de hasta dos años. Estos estudios han sido probados en distintos contextos (ambulatorios, unidades de hospitalización de diferentes tipos, programas en la comunidad...), por diferentes profesionales, abarcando un gran rango de habilidades y módulos de los anteriormente descritos (APA, 2004; Bellack, 2004; Heinssen, Liberman y Kopelowicz, 2000; Pilling *et al*., 2002).

De particular relevancia nos parece el uso que se le puede dar al EHS en facetas como el ocio y tiempo libre, las relaciones interpersonales o las habilidades laborales. Estos módulos habitualmente no han recibido tanta atención como el entrenamiento de habilidades más "básicas" (como el inicio y mantenimiento de conversaciones, manejo de la medicación, etc.), pero resultan fundamentales en la recuperación y en la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves. El EHS ha mostrado su eficacia en estos campos y creemos que son una línea de investigación prometedora.

La importancia asumida del EHS como intervención que incrementa los niveles de recuperación en esquizofrenia y otros trastornos mentales graves (Liberman, 2008) ha sido también un argumento fundamental para integrar el EHS en programas conjuntos con otras terapias como la terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal.

Las líneas de investigación futuras deberían ir dirigidas al avance de estos procedimientos adaptándolos a diversas casuísticas (intervenciones multiculturales en diferentes países y razas) y a formatos virtuales, breves (Rus-Calafel *et al*., 2013) y/o a domicilio (Moriana *et al*., 2008). También una línea relevante será ampliar el estudio de la eficacia de distintos paquetes integrados para la esquizofrenia según características y sintomatología de los individuos. Con base en que no todas las terapéuticas son igualmente eficaces en todos los casos (Moriana y Martínez, 2011) sería interesante determinar para cada situación concreta (pacientes con sintomatología positiva o negativa, de inicio insidioso o agudo, joven o adulto, etc.) qué combinación de técnicas resultará más adecuada dentro del listado de tratamientos eficaces para la esquizofrenia.

Finalmente habría que considerar que tanto el EHS como otros procedimientos terapéuticos para la esquizofrenia no están suficientemente diseminados por todos los países. Al igual que en EE.UU. no existe una utilización generalizada de la terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia (Mueser y Noordsy, 2005), en el Reino Unido no la hay para el EHS (NICE, 2014), de forma que quizás uno de los mejores retos del futuro sea trasladar e implementar en los servicios asistenciales los tratamientos que mejores resultados obtienen en las investigaciones dentro del ámbito científico (Mueser *et al*., 2013).

Referencias

Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M. y Zipursky, R. B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research, 125*, 54-61.

Almerie, M. Q., Al marhi, M. O., Alsabbagh M. y Maayan N. (2012). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, CD009006.

American Psychiatric Association (2004). Practice guideline for the treatment of persons with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1-56.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) DSM-5 Arlington, VA: Author.

Anzai, N., Yoneda, S., Kumagal, N., Nakamura, Y., Ikebuchi, E. y Liberman, R. P. (2002). Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services, 53*, 545-547.

Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 7*, 375-391.

Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 432-442.

Bellack, A. S. y Hersen, M. (1979). Role-play tests for assessing of social skills: are they valid? Are they useful? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 335-342.

Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T. y Bennet, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 371-378.

Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. y Luber, R. F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic-schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry, 10*, 1023-1028.

Benton, M. K. y Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 741-747.

Berry, K. y Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 29*, 68-76.

Brown, W. A. (1983). Serum neuroleptic levels in the maintenance treatment of schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin, 19*, 76-78.

Bucci, P., Piegari, G., Mucci, A., Merlotti E., Chieffi, M., De Riso F., De Angelis, M., Di Munzio, W. y Galderisi, S. (2013). Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: a randomized trial in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 150*, 69-75.

Cangas, A. J. e Ibañez, V. (2010). *Nuevas perspectivas en el tratamiento del trastorno mental grave*. Granada: Alborán.

Chien, H. C., Ku, C. H., Lu, R. B., Chu, H., Tao, Y. H. y Chou, K. R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*, 228-236.

Choi, K. H. y Kwon, J. H. (2006). Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal, 42*, 177-187.

Cirici, R., García, M. y Obiols, J. (2001). Estrategias para aumentar la competencia social de los pacientes que sufren esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 28*, 8-15.

Corrigan, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 22*, 203-210

Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. y Solomon, P. (2008). *The principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach*. Nueva York, NY: Guilford.

Daniels, L. y Roll, D. (1998). Group treatment of social impairment in people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*, 273-278.

Dilk, M. N. Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 1337-1346.

Dobson, D. J. G., McDougall, G., Busheikin, J. y Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services, 46*, 376-380.

Eckman, T. A., Liberman, R. P., Phipps, C., Blair, K. (1990). Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 10*, 33-38.

Eckman, T. A., Wirshing, W. C. y Marder, S. R. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1549-1555.

Elis, O., Caponigro, J. M. y Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical Psychology Review, 33*, 914-928.

Granholm, E., McQuaid, J. R. y McClure, F. S., Auslander, S. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., Patterson, T. y Jeste, D. V. (2005). A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 520-529.

Gil Sanz, D. G., Lorenzo, M. D., Seco, R. B., Rodríguez, M. A., Martínez, I. L., Calleja, R. C. y Álvarez Soltero, A. (2009). Efficacy of a social cognition training program for schizophrenic patients: a pilot study. *The Spanish Journal of Psychology, 12*, 184-191.

Hayes, R. L., Halford, W. K. y Varghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic-schizophrenic patients-effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy, 26*, 433-449.

Heinssen, R. K., Liberman, R. P. y Kopelowicz, A. (2000). A psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 21-46.

Ho, A. P., Tsuang, J. W. y Liberman, R. P. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1765-1770.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, P., Javna, C. D. y Madonia, M. J. (1986). Family psichoeducation social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 43*, 633-642.

Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K. y Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia Research, 107*, 47-54.

Kay, S. R., Opler, L. A. y Fiszbein, A. (2000). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Kopelowicz, A., Liberman, R. P. y Zárate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 12-23.

Kurtz, M. M. y Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 491-504.

Lecomte, T., Leclerc, C. y Wykes, T. (2012). Group CBT for early psychosis- are here still benefits one year later? *International Journal of Group Psychotherapy, 62,* 309-321.

Lecomte, T., Leclerc, C., Corbiere, M., Wykes, T., Wallace, C. J. y Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of

psychosis? Result of a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 866-875.

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Liberman, R. P., Kopelowicz, A. y Silverstein, S. M. (2005). Psychiatric rehabilitation. En B. J. Sadock y V. A. Sadock (dirs.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 3884-3930). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Liberman, R. P., Mueser, K. T. y Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry, 143*, 523-526.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Eckman, T., Vaccaro, J. V. y Kuehnel, T. G. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill. *Innovations and Research, 2*, 43-60.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowizc, A., Vaccaro, J. V. y Mintz, J. (1998). Skills training vs. psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1087-1091.

Liberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G. A., Eckman, T. A., Vaccaro, J. V. y Mintz, J. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations & Research, 2*, 43-60.

Lukoff, D., Wallace, C. J., Liberman, R. P. y Burke, K. (1986). A holistic program for chronic-schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 274-282.

Lyman, D. R., Kurtz, M. M., Farkas, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S. y Delphin-Rittmon, M. E. (en prensa). Skills building: assessing the evidence. *Psychiatric Services*.

Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T. A., Lebell, M., Zimmerman, K. y Liberman, R. P. (1996). Two-years outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1585-1592.

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2004). Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario. *Psicothema, 16*, 436-441.

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2006a). In-Home psychosocial skills training for patients with schizophrenia, *Psychiatric Services, 57,* 260-262

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2006b). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y Modificación de Conducta, 32*, 719-742.

Moriana, J. A., Alarcón, E. y Herruzo, J. (2008). Rehabilitación psicosocial para esquizofrenia y trastornos mentales graves en contextos domiciliarios. En M. Valencia (dir.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp. 173-207). México, DF: Herder.

Moriana, J. A. Liberman, R. P. Kopelowitz, A. y Cangas, A. (2009). *Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulo de implicación de las familias en servicios de salud menta*l. Granada: Alborán.

Moriana, J. A. y Martínez., V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16,* 81-100.

Mueser, K. T. y McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet, 363*, 2063-2072.

Mueser, K. T. y Noordsy, D. L. (2005). Cognitive behavior therapy for psychosis: a call to action. *Clinical Psychology. Science and Practice, 12*, 68-71.

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L. y Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review Clinical Psychology, 9*, 465-497.

Mueser, K. T. y Penn, D. L. (2004). Meta-analysis examining the effects of social skills training on schizophrenia. *Psychological Medicine, 34*, 1365-1367.

Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Swain, K., Forester, B., Cather, C. y Feldman, J. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 561-73

Ng, R.K.M., Pearson, V. y Chen, E. (2008). What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrist. *International Journal Culture Mental Health, 1*, 118-130

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management. Update Edition 2014*. National Collaborating Centre for Mental Health.

Park, K. M., Ku, J., Choi, S. H., Jang, H. J., Park, J. Y., Kim, S. I. y Kim, J. J. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. *Psychiatry research, 189*, 166-72

Patterson, T. L., Mausbach, B. T., McKibbin, C., Goldman, S., Bucardo, J. y Jeste, D. V. (2006). Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia Research, 86*, 291-299.

Peniston, E. G. (1988). Valuation of long-term therapeutic efficacy of behavior modification program with chronic male psychiatric inpatients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19*, 95-101.

Pfammater, M., Junghan, U. M. y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from metaanalyses. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 64-80.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. y Morgan, C. (2002). Psychosocial treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trails of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine, 32*, 783-791.

Pinto, A., Lapia, S., Mennella, R., Giorgio, D. y DeSimone, L. (1999). Cognitive behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*, 901-904.

Roberts, L. J., Shaner, A. y Eckman, T. (1999). *Overcoming addiction: skills training for people with schizophrenia*. Nueva York, NY: Norton.

Roder, V., Brenner, H., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel

Roncone, R., Mazza, M., Frangou, I., De Risio, A., Ussorio, D., Tozzini, C. y Casacchia, M. (2004). Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation, 14*, 421-435.

Rus-Calafel, M., Gutierrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J. y Caqueo-Urízar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophrenia Research, 143*, 327-226.

Shepherd, G. (1978). Social skills training: the generalization problem-some further data. *Behavioural Research and Therapy, 16*, 297-299.

Smith, T. E., Bellack, A. S. y Liberman, R. P. (1996). Social skills training for schizophrenia: review and future directions. *Clinical Psychology Review, 16*, 599-617.

Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Wilson, D., Israel, L. M. y Munich, R. L. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 187, 102-108.

Tsang, H. W. y Pearson, V. (2001). Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong-Kong. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 139-148.

Tungpunkom, P., Maayan, N. y Soares-Weiser, K. (2012). Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Databases of Systematic Reviews, 1*, CD000381.

Ucok, A, Cakir, S., Duman, Z. C., Discigal, A., Kandemir, P. y Atli, H. (2006). Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 388-394.

Valencia, M., Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A. y Zárate, R. (en prensa). Social skills training for Spanish-speaking persons with schizophrenia: experiences from Latin American, Spain and the USA. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*

Valencia, M., Rascón, M. L., Juarez, F. y Murow, E. (2007). A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine, 37*, 1393-1402.

Velligan, D. I., Diamond, P. M., Maples, N. J., Mintz, J., Li, X., Glahn, D. C. y Miller, A. L. (2008). Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. *Schizophrenia. Research, 102*, 312-19

Wallace, C. J. (1998). Social skills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. *International Review of Psychiatry, 10*, 20-25.

Wallace, C. J. y Boone, S. E. (1983). Cognitive factors in the social skills training for schizophrenia. Nebraska Symposium on Motivation (pp. 283-317; study 2).

Wallace, C. J. y Tauber, R. (2004). Supplementing supported employment with workplace skills. *Psychiatric Services, 55*, 513-515.

Xiang, Y., Weng, Y., Li, W., Gao, L., Chen, G., Xie, L., Chang, Y., Tang, W. K. y Ungvari, G. S. (2006). Training patients with schizophrenia with the community re-entry model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 464-469.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 103-126.

RECIBIDO: 9 de mayo de 2014
ACEPTADO: 20 de octubre de 2014