

Propuesta para el abordaje psicológico de los problemas de habilidades sociales en distintos ámbitos

María del Carmen Benedito Monleón¹ y María Amparo Benedito Monleón²

RESUMEN: El objeto de este trabajo es diseñar un protocolo para el abordaje psicológico de la carencia de habilidades sociales. En primer lugar se perfila a nivel teórico el término de habilidades sociales. A continuación se analiza la importancia y repercusión de la carencia de habilidades sociales en distintos ámbitos. Seguidamente se revisa la utilización del entrenamiento en habilidades sociales en población normal, en pacientes con problemas mentales y en enfermos orgánicos. Finalmente se detalla un protocolo de evaluación y tratamiento que puede ser aplicado a un amplio número de pacientes: sanos, enfermos orgánicos y enfermos mentales, tanto en el ámbito de la asistencia pública como de la privada, e, indistintamente, como tratamiento individual o grupal.

PALABRAS CLAVE: habilidades sociales, evaluación, tratamiento, protocolo, población normal, enfermo mental y enfermo orgánico.

ABSTRACT: The aim of this work is to design a psychological protocol to manage social skills deficits. It is structured in four steps. First, social skills concept is defined. Second, the relevance and consequences of social skills deficits in different ambits are reviewed. Third, the training in social skills in normal population, mental health patients, and patients with organic diseases is reviewed. Fourth, an assessment and treatment protocol is proposed, which is valid for normal and diseased population, can be applied both in public and private clinics, as well as in group and individually.

KEY WORDS: social skills, assessment, treatment, protocol, normal population, mental health patients and organic patients.

Delimitación conceptual de las habilidades sociales

Definición de las Habilidades Sociales

Definir las habilidades sociales no es tarea sencilla. Existen muy diversos tipos de definiciones. En sentido amplio, las habilidades sociales pueden definirse como aquellas habilidades que utilizamos al interactuar con otras personas—(Harguie, Morrow y Woodman, 1981; Harguie, Sauncer y Dickson, 1993). Frente a esta definición, otros autores prefieren enumerar aquellos comportamientos específicos que componen, a modo de piezas de un puzzle, las habilidades sociales. Así, Phillips (1978) concluye que una persona socialmente hábil es aquélla capaz de comunicar sus derechos, deseos, necesidades y obligaciones, de una manera acorde con la situación, sin exigir al otro un comportamiento similar, aceptando un intercambio libre y abierto.

Existen otras definiciones más integradoras, como la que afirma que las habilidades sociales son la capacidad para encontrar y desarrollar la conducta adecuada en cada contexto, de forma que se maximicen los refuerzos obtenidos en las interacciones sociales, minimizándose a la vez los costes. Son susceptibles de mejora y aprendizaje pues se basan en conductas específicas tales como la habilidad y destreza en la comunicación o la asertividad que, adecuadamente combinadas, dan como resultado una persona competente en situaciones grupales, en las que, con frecuencia, asume el rol de líder (Benedito, Pinazo y Musitu, 1996).

Componentes de las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales implican muy distintos tipos de comportamiento y de actitudes. Por ello los autores afirman que existen tres tipos de componentes distintos en las habilidades sociales: Componentes fisiológicos, conductuales y cognitivos.

¹Psicóloga Clínica. Centro de Especialidades de Burjassot. Unidad de Salud Mental. Área 05. Diputación Provincial de Valencia.
e-mail: banedito_mca@gva.es

²Profesora Titular de Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Los *componentes fisiológicos*. Caballo (1988) llevó a cabo una revisión de los estudios existentes relacionados con los componentes fisiológicos de la habilidad social. Entre las variables fisiológicas consideradas se encontraban: la tasa cardíaca, la presión, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales y la respiración. Prácticamente todas estas medidas hacen referencia al grado de ansiedad o activación que el mantenimiento de las relaciones sociales genera en el individuo.

Los *componentes conductuales*. Estos componentes se pueden dividir en dos grandes apartados: componentes no verbales y componentes verbales. Dentro de la comunicación no verbal se estudia la kinesia (posturas, gestos, expresiones, sonrisa, mirada, aspecto externo), la proxémica (distancia, contacto físico) y la paralingüística (latencia, volumen, timbre, tono, fluidez, tiempo, claridad y velocidad). En la comunicación verbal se tiene en cuenta la situación en la que tiene lugar el intercambio verbal, el rol de los interlocutores y el tema de conversación.

Los *componentes cognitivos*. En gran medida la competencia social depende de las capacidades y habilidades cognitivas. La evaluación adecuada del contexto, del interlocutor y de uno mismo es el paso previo e imprescindible para que las respuestas en cada situación sean las más adecuadas. Los tres puntales cognitivos en los que se asientan las habilidades sociales son: la habilidad para autorregularse, las destrezas a la hora de evaluar y codificar la información y algunos conocimientos sobre el comportamiento social deseable. Son especialmente destacables la concienciación de aquellas trabas o problemas que nosotros creamos en nuestra mente. Posteriormente los convertimos en rutinas de las que apenas somos conscientes y que dificultan seriamente el desempeño de una conducta socialmente competente, como es el caso de las ideas irracionales que, sin fundamento alguno, guían nuestro comportamiento de una forma disfuncional.

Tipología de las habilidades sociales

Existen diversas tipologías de las habilidades sociales en las que se tienen en cuenta aquellas conductas susceptibles de entrenamiento y aprendizaje para mejorar las habilidades sociales. No son conductas aisladas, sino habilidades para elegir la conducta en función del contexto y del interlocutor.

Según Kelly (1982), una manera de categorizar las habilidades interpersonales es basándose en su función, de esta forma aparecen cinco categorías:

- Habilidades heterosociales o de interacción
- Habilidades conversacionales
- Habilidades de elogio
- Habilidades en las entrevistas de trabajo
- Habilidades asertivas

Caballo (1988), en un excelente trabajo de revisión, enumera 14 dimensiones componentes de las habilidades sociales:

- Capacidad de hacer cumplidos
- Capacidad de aceptar cumplidos
- Capacidad de hacer peticiones
- Capacidad de expresar amor, agrado y afecto
- Capacidad de defender los derechos legítimos
- Capacidad de rechazar peticiones.
- Capacidad de iniciar y mantener conversaciones
- Capacidad de expresar opiniones personales y desacuerdos
- Capacidad de expresar justificadamente ira, desagrado o disgusto
- Capacidad para pedir un cambio en la conducta de otro
- Capacidad para disculparse o admitir ignorancia
- Capacidad de manejar críticas
- Capacidad de solicitar satisfactoriamente un trabajo
- Capacidad de hablar en público

Lo que tienen en común tanto las dimensiones señaladas por Kelly como las que enumera Caballo es que todas ellas contribuyen a aumentar el atractivo social o el valor de refuerzo de la persona que las expresa.

Importancia del tema

El ser humano, desde el mismo momento de su nacimiento, es un ser social, inmerso en un universo de sucesivas y cada vez más complejas relaciones interpersonales que le llevan a un constante proceso de socialización que durará toda su vida.

El proceso de socialización, a diferencia de otros procesos madurativos, no siempre es lineal y previsible. A menudo nos encontramos con adultos inseguros en sus relaciones que, con el paso de los años, en vez de

afianzarse, han ido progresivamente y, a base de sucesivos fracasos, replegándose sobre ellos mismos. Anticipando y temiendo futuros errores han ido cerceando, en lugar de ir desarrollando, sus habilidades sociales.

Por otra parte, vivimos en una sociedad que es cada vez más individualista, en la que proliferan los ocios solitarios y los contactos sociales de tipo virtual, una sociedad que rinde culto a la imagen, en la que cada vez va más vinculado el éxito profesional y personal al éxito y al reconocimiento social. Pero, paradójicamente, esta sociedad se olvidó de incluir en sus planes educativos aquéllos que ella misma determina como llave del éxito: las habilidades sociales.

La deficiencia a la hora de interactuar se agudiza cuando nos referimos a personas afectadas de diversas patologías, en las que la carencia de habilidades sociales aparece como síntoma recurrente que, además, dificulta enormemente la puesta en práctica de las terapias adecuadas para tratar su síntoma primario.

En definitiva, la carencia de habilidades sociales es una característica muy frecuente tanto en la población normal como en la población clínica y, dentro de ésta última, tanto en el ámbito de las enfermedades orgánicas como de las mentales. Es evidente que muchas personas sanas física y mentalmente presentan deficiencias en sus habilidades sociales. Es comprensible también que las dificultades de interacción social influyen en el mantenimiento y evolución de enfermedades orgánicas, fundamentalmente en las crónicas. Por último, dentro de los trastornos mentales, las habilidades sociales resultan fundamentales en patologías tan diversas como la fobia social, las toxicomanías, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, somatomorfos, sexuales y adaptativos.

Nuestra propuesta va dirigida a todo este amplio rango de población clínica. Del mismo modo, nuestro abordaje incluye las dificultades en habilidades sociales de enfermos orgánicos y de población normal.

Los datos de estudios epidemiológicos señalan que las personas con deficiencias en las habilidades sociales sufren dificultades muy tempranas en el rendimiento escolar debidas a sus miedos y las conductas de evitación. El menor nivel educativo justificaría asimismo una mayor dificultad para encontrar trabajo, un menor nivel ocupacional y menores ingresos. Un elevado porcentaje de las personas afectadas refiere

interferencias de sus miedos y evitaciones en más de un área de funcionamiento. La gravedad de los síntomas afecta a las relaciones de pareja y familia, a su recorrido laboral y genera dificultad para responder a los requerimientos de la comunidad (Stein, Torgrud y Walter, 2000).

El tema que nos ocupa es un problema frecuente en la comunidad, generador de sufrimiento y que implica dificultades importantes para desarrollar actividades diarias, con la consiguiente merma de la calidad de vida. Se traduce en menor productividad, más desempleo, más solteros, más divorciados y menor independencia económica. Es un problema pocas veces diagnosticado y aún menos tratado. Los afectados, por las características de su clínica, tienden a no solicitar ayuda específica. Muchos profesionales conocen poco este problema, y, si lo reconocen, tienden con frecuencia a minusvalorarlo o a no considerarlo susceptible de ser tratado. Esto es especialmente lamentable, ya que se dispone de recursos que pueden ayudar al paciente a disminuir su sufrimiento y facilitar su desarrollo.

Pensamos que el entrenamiento en Habilidades Sociales está infrautilizado, por ello, proponemos un protocolo para evaluar y tratar las deficiencias en habilidades sociales. Nuestra propuesta permite evaluar y tratar las dificultades en Habilidades Sociales en diferentes patologías orgánicas, en trastornos mentales muy variados y en población sana. El programa es susceptible de aplicarse tanto en el ámbito de la asistencia pública como de la privada, y permite una aplicación individual y grupal.

Aplicaciones del entrenamiento en habilidades sociales

A continuación, exponemos brevemente algunos ejemplos de la utilización del entrenamiento en habilidades sociales con distintos tipos de sujetos. En concreto, hemos querido ilustrar la aplicación de las habilidades sociales en población normal, enfermos mentales y enfermos orgánicos.

Población normal

La literatura existente sobre el tema documenta ampliamente la importancia de las habilidades sociales en la población normal. Las habilidades sociales constituyen un mecanismo a través del cual los niños expresan sus emociones y consiguen la aceptación de los demás (Mostow, Izard, Fine y Trentacosta., 2002).

La competencia social es la efectividad de las conductas de interacción social. Es importante considerarla en el desarrollo de niños y adolescentes. La inhibición se asocia con depresión. Los niños socialmente inhibidos tienen menos contactos sociales y tienden a estar aislados en sus juegos. Al disminuir las oportunidades de aprender habilidades de interacción no desarrollan conductas sociales adecuadas (Houck y Stember, 2002). Se ha demostrado que proporcionar oportunidades para incrementar la autoestima y las habilidades sociales posibilita la prevención primaria de la violencia (Bell y Fink, 2000). Asimismo, promueve la salud mental y disminuye comportamientos sexuales de riesgo y el consumo de drogas en niños y jóvenes (Payton, Wardlaw, Graczyk, Bloodworth, Tompsett y Weissberg., 2000). De hecho, varios autores enfatizan la importancia de utilizar habilidades de comunicación y negociación entre jóvenes en los programas de prevención del SIDA y prevención del tabaquismo (Holschneider y Alexander, 2003).

El interés por las habilidades sociales está igualmente presente en la población adulta. Ser hábil socialmente es imprescindible para desenvolverse con éxito en el contexto familiar y social (Benedito, Pinazo y Musitu, 1996), en el contexto laboral (Marchera, 2002), e incluso en contextos tan específicos como puede ser la vida política (García, 2000).

Enfermos mentales

El trastorno mental que más comúnmente se asocia a un déficit de habilidades sociales es la fobia social. Consiste en un trastorno clínico caracterizado por el miedo intenso, excesivo, desproporcionado e irracional que experimentan algunos individuos ante situaciones sociales en las que se sienten el centro de atención o en las que temen comportarse de forma embarazosa o humillante. Hay ansiedad anticipatoria y conductas orientadas a la evitación de las situaciones temidas. La edad de inicio del trastorno es la adolescencia, pero en ocasiones se puede detectar en edades tempranas (Lang y Stein, 2001). El curso es crónico y no suele remitir espontáneamente. El pronóstico del cuadro se relaciona con su gravedad y su comorbilidad con otros trastornos. La comorbilidad es más la regla que la excepción. El 81% de los individuos con fobia social sufrió algún otro trastorno mental a lo largo de su vida y, de ellos, el 18,9% tuvo un diagnóstico, el 14,1% dos y el 48% fue diagnosticado

de al menos tres enfermedades diferentes. Los cuadros comórbidos más frecuentes son los trastornos afectivos (41,4%), otros trastornos ansiosos (56,9%) y trastornos por abuso de sustancias (36,6%) (Lampe, 2002).

En la mayoría de los casos, la fobia social precede a la depresión o la distimia. La presencia conjunta se asocia con más intensidad y variedad de síntomas. La comorbilidad con otro trastorno de ansiedad es también frecuente y, de nuevo, aumenta la perturbación del sujeto (Edwin, Heimberg, Juster y Mindlin, 2002).

Una relación interesante es la que se establece entre fobia social y abuso de sustancias, especialmente alcohol. La fobia predispone a un posterior consumo de alcohol como automedicación en un intento de control de los síntomas. Es precisamente en la fobia social subclínica donde la relación con el alcohol es más intensa (Crum y Pratt, 2002).

Distinguir la fobia social del trastorno de personalidad por evitación es más complejo. El solapamiento de sus criterios es tan evidente y las tasas de comorbilidad tan elevadas que muchos autores plantean que serían un mismo trastorno, distinto en función de la gravedad, de modo que el supuesto trastorno de personalidad por evitación sería una fobia social de inicio muy temprano, generalizada, intensa e invalidante (Reich, 2000; Van Velza, Emmelkamp y Scholing, 2000).

Otros trastornos mentales pueden cursar con conductas de evitación social como algunos trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, los trastornos de la conducta alimentaria, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos somatomorfos, los trastornos sexuales, los trastornos adaptativos, diversos trastornos de personalidad y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (problemas de relación, problemas académicos y problemas laborales) (DSM IV-TR, 2002).

En el ámbito de la psicología clínica, existe una clara evidencia que demuestra que las habilidades sociales son importantes para el ajuste de las personas con problemas mentales (Saravanamuttu y Pyke, 2003). Conger, Conger, Edmondson, Tescher y Smolin (2003) demostraron la relación entre emociones negativas como la cólera, las habilidades sociales y los síntomas psicológicos. Además, está demostrada la eficacia del tratamiento y la durabilidad de sus efectos en cuanto a

mantenimiento de las habilidades sociales adquiridas, reducción de los miedos y la ansiedad social, disminución de psicopatología asociada y aumento de la interacción social adecuada (Beidel, Turner y Morris, 2000). Centrándonos en patologías concretas, Hauenstein (2003) defiende que los tratamientos efectivos para la depresión del adolescente deben incluir el entrenamiento en habilidades sociales. Del mismo modo, Takahashi y Kosaca, (2003) recomiendan el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con problemas de estado de ánimo, neuróticos y con trastornos de la conducta alimentaria. La utilidad de las habilidades sociales ha sido demostrada también en el ámbito de los problemas de conducta, consiguiendo una disminución de conductas agresivas, un incremento del comportamiento social adecuado y estrategias más positivas en la resolución de los conflictos (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001). En esta misma línea, Barton, Rey, Simpson y Denshire (2001) han utilizado eficazmente el entrenamiento en habilidades sociales para disminuir los incidentes conflictivos en una unidad de adolescencia.

Enfermos orgánicos

Finalmente, se ha evidenciado la utilidad del entrenamiento en habilidades sociales en el ámbito de la patología orgánica crónica. Hernandez, Casas, Escarrabill, Alonso, Puig-Junoy, Farrero, Vilagut, Collinent, Rodríguez-Rosin y Roca. (2003) incluyeron en un programa de hospitalización domiciliaria aspectos de socialización y cambios en el estilo de vida e informaron de una mejora evidente de la calidad de vida y de la satisfacción de los pacientes. Palermo (2000) revisó el impacto del dolor crónico y recurrente sobre el funcionamiento diario de los niños y sus familias, analizando distintos contextos específicos que podían verse afectados por el dolor (relaciones sociales, colegio etc.). Adicionalmente, demostró que el nivel de funcionamiento podía verse mejorado a través de intervenciones cognitivo comportamentales que incluían el entrenamiento en habilidades sociales. Olson, Boyle, Evans y Zug (1993) estudiaron jóvenes pacientes oncológicos en los que encontraron menos competencia a nivel social y más problemas de conducta que los jóvenes sanos del grupo control. En esta misma línea, existen trabajos que se han centrado en enfermedades reumáticas (Kroll, Barlow y Shaw, 1999), diabetes (Meléndez, Ros y Bermejo, 1999) o

asma bronquial (Vila, Mollet-Clemencon, de Clic, Mouren-Simeoni, Scheinman, 1998; Leshchenko, Kuznetsova y Medvedskii, 1999). Otro aspecto importante es el abordaje psicológico de los problemas de habilidades sociales no sólo en los pacientes sino también en sus cuidadores. Sirva de ejemplo el trabajo de Brodaty, Green y Koschera (2003) que se centró en la importancia de la intervención psicosocial en los familiares de los pacientes con demencia.

Tal como hemos puesto de manifiesto en los párrafos anteriores, existen numerosas publicaciones que defienden programas específicos para personas sanas con dificultades sociales, personas con trastornos mentales específicos y personas con patología orgánica crónica. Todos ellos han demostrado la utilidad de su intervención en un ámbito delimitado. Nuestra intención es diseñar un programa único susceptible de ser aplicado en todas las circunstancias anteriormente expuestas. Se trataría de abordar el denominador común o el síntoma (las dificultades sociales) existente en todos estos casos y no el trastorno (bien sea mental u orgánico).

Protocolo de evaluación

A continuación exponemos los objetivos, procedimientos y áreas de evaluación de nuestra propuesta. La aplicación del protocolo de evaluación se realiza en sesiones individuales, previas a la aplicación del protocolo de tratamiento.

Objetivos de la evaluación

- 1- Diagnosticar. Identificar las variables psicológicas implicadas, su mecanismo de acción y su importancia. Contrastar hipótesis sobre el origen y mantenimiento del problema.
- 2- Proporcionar feedback al paciente. Facilitarle información nueva sobre su problema pues probablemente ha perdido la objetividad.
- 3- Valorar la motivación real, los deseos y expectativas de mejora.
- 4- Orientar al tratamiento. No toda evaluación implica un tratamiento. Es necesaria la labor diagnóstica para determinar la necesidad real de tratamiento.
- 5- Valorar los resultados obtenidos. Analizar los cambios positivos conseguidos durante y al finalizar el tratamiento.

Procedimientos e instrumentos de evaluación

- 1- Autoinformes. Los instrumentos utilizados en los autoinformes son: la entrevista clínica y cuestionarios sobre variables psicológicas como la personalidad (los rasgos más relevantes: extraversión, introversión y neuroticismo), los estados emocionales (ansiedad y depresión) y las habilidades sociales.
- 2- Autorregistro. Para los procedimientos de autorregistro se utilizan dos instrumentos: un diario de dificultades (se registra la frecuencia, intensidad y duración de la situación en la que han experimentado dificultad en la interacción social) y el indicador del patrón de actividad (se registra la frecuencia con que se realizan distintas actividades de la vida diaria).
- 3- Observación. Aspectos que deben ser sometidos a observación son: Comunicación no verbal (kinesia, proxémica y paralingüística), Comunicación verbal (fluidez verbal, desarrollo de los temas, iniciativa etc..) y Asertividad.

Áreas de Evaluación

Se evaluarían las siguientes áreas:

- 1- Definición y caracterización de las destrezas y carencias del sujeto en el ámbito de las habilidades sociales. Se recoge información precisa sobre la competencia social del sujeto atendiendo al tipo de conducta exhibida, la frecuencia, la situación y /o personas con las que aparece/no aparece.
- 2- Respuestas de ansiedad. La respuesta de ansiedad puede dificultar o inhibir la respuesta asertiva y las habilidades sociales. Por tanto, es fundamental valorar la hiperreactividad emocional.
- 3- Respuestas depresivas. La depresión y la carencia de habilidades sociales tienen algunas características similares. Pacientes depresivos presentan una inhibición y reducción drástica de sus interacciones sociales. Al carecer de éstas, se privan de la fuente de refuerzos que los contactos sociales pueden proporcionar. Pacientes con pocas Habilidades Sociales pueden presentar depresión secundaria al cuadro.
- 4- Respuestas cognitivas. Atención, pensamiento y percepción de control. Los procesos atencionales y perceptuales, la conceptualización que el pa-

ciente hace de su competencia social, la percepción de control y el papel de sus pensamientos va a ser determinante de las conductas socialmente competentes del paciente.

- 5- Respuestas de autocontrol. Estrategias de afrontamiento. Se trata de conocer los recursos que el paciente utiliza para establecer y mantener interacciones sociales, viendo las estrategias exitosas y las deficitarias.
- 6- Personalidad y variables psicológicas. Determinados rasgos de personalidad y variables psicológicas dificultan un adecuado afrontamiento de las interacciones. Deben conocerse estos aspectos para orientar la intervención psicológica.
- 7- Historia personal, familiar y social del paciente. Es imprescindible detectar posibles problemas en estas áreas y analizar su relación con el problema de competencia social.
- 8- Historia del problema y tratamientos previos. Interesa valorar la rentabilidad del tratamiento psicológico y la utilidad de las distintas técnicas del programa.

Protocolo de tratamiento

A continuación planteamos los objetivos, técnicas y metodología de nuestra propuesta de intervención.

Objetivos del tratamiento

- 1- Cambios emocionales
- 2- Cambios cognitivos
- 3- Cambios conductuales

Técnicas de tratamiento

- 1- **Técnicas dirigidas a lograr un cambio emocional o una disminución de la hiperreactividad emocional**

Están indicadas cuando de la evaluación se desprende que la ansiedad desempeña un papel importante en el problema del paciente. Dentro de las técnicas que persiguen un cambio emocional se incluyen la relajación y la respiración.

La relajación progresiva de Jacobson pretende conseguir la relajación a través de ejercicios musculares. El objetivo es diferenciar el estado de tensión y el de relajación para después localizar los focos de tensión

y eliminarlos con la relajación. Con esta técnica se pretende disminuir la actividad del sistema nervioso simpático y controlar la respuesta fisiológica de ansiedad.

La respiración persigue los mismos objetivos que la relajación. Se entrena al paciente/s en respiración abdominal diafragmática lenta y profunda.

2- Técnicas cognitivas

Están indicadas cuando en la evaluación se detecta que los pensamientos, creencias e interpretaciones del paciente/s repercuten desfavorablemente en su estado emocional y en su capacidad para exhibir comportamientos socialmente competentes. Se pretende detectar los pensamientos disfuncionales y ver sus repercusiones sobre las habilidades sociales. El objetivo es modificar los pensamientos, sentimientos y creencias que impiden un adecuado afrontamiento. Las estrategias cognitivas que pueden aplicarse son la detención del pensamiento, las autoinstrucciones y la reestructuración.

La detención del pensamiento enseña al paciente/s a cortar los pensamientos desadaptativos que inciden negativamente sobre sus emociones y conductas.

Las autoinstrucciones proporcionan pensamientos alternativos para afrontar las situaciones estresantes y mantener el control.

La reestructuración cognitiva trata de racionalizar los pensamientos desadaptativos del paciente/s enseñándole a cuestionarlos lógicamente, analizando argumentos a favor y en contra, valorando la probabilidad de los mismos, desdramatizándolos, buscando significados alternativos etc.

3- Técnicas conductuales.

Estas técnicas son el núcleo central del entrenamiento en habilidades sociales se utilizan cuando en el proceso de evaluación se identifican dificultades para la interacción social y la comunicación. Pretenden proporcionar nuevos recursos para la comunicación e interacción adaptativa del paciente/s. Se pueden aplicar tres tipos de estrategias: el entrenamiento específico de determinadas conductas, el juego de roles y la resolución de problemas.

Entrenamiento específico. Esta técnica tiene como objetivo proporcionar o mejorar algunas conductas específicas de las habilidades sociales. Incluye dos fases, en la primera de las cuales las introducciones teóricas tienen el protagonismo. En la segunda fase

se produce el entrenamiento específico en cada una de las conductas que se desea trabajar. Las conductas susceptibles de ser trabajadas con esta técnica pertenecen tanto al ámbito de la conducta verbal como al de la conducta no verbal.

Resolución de problemas y toma de decisiones. Enseñan a analizar y resolver eficazmente los problemas de la vida diaria y a tomar decisiones con las máximas garantías de éxito.

Evidentemente, no todos los pacientes requieren la aplicación completa del programa. El proceso de evaluación es el que indica la necesidad de conseguir cambios específicos a nivel emocional, cognitivo o conductual y orienta en la selección de las estrategias concretas dentro de cada grupo de técnicas.

Metodología del tratamiento

Todas las sesiones que a continuación exponemos tienen una metodología de base común aunque se elegirán las estrategias a utilizar en cada sesión dependiendo de los objetivos que se persigan en cada una de ellas. La estructura de las sesiones será también muy parecida, con objeto tanto de facilitar la tarea del terapeuta como de conseguir un contexto familiar y seguro para el paciente/s.

Cuatro son las estrategias principales que van a utilizarse: exposiciones teórico-prácticas, técnicas de modelado, juego de roles y tareas de exposición para casa.

1) Las exposiciones teórico-prácticas.

Con este recurso se pretende dotar al paciente/s de las nociones básicas imprescindibles para poder poner en práctica cada una de las habilidades sociales en las que va a insistir el entrenamiento. Las exposiciones serán didácticas, adaptadas al nivel del interlocutor y con ellas se pretende aclarar los conceptos, especificar, para cada una de las conductas a trabajar, aquellas variables que resultan facilitadoras y las inhibitoras, describir explícitamente las conductas que se espera sean adquiridas y la forma más adecuada de implementarlas.

2) El modelado.

Este recurso pretende ofrecer al paciente/s modelos de conducta socialmente adaptativos para cada una de las situaciones que se trabajan. Mediante ensayos sucesivos se irá modelando la conducta del sujeto hasta alcanzar los niveles de competencia deseados.

3) El juego de roles.

Mediante el juego de roles se pretende que el sujeto ponga en práctica las conductas recién adquiridas en un contexto seguro que permite al terapeuta evaluar su nivel de competencia y rectificar, en caso de que fuera necesario, las posibles desviaciones de la conducta perseguida. Se utiliza como paso previo a la exposición en vivo, a fin de poder anticipar los posibles problemas.

4) Las tareas de exposición.

Este recurso se emplea en último lugar y sólo después de haber considerado suficientemente competente la destreza adquirida por el paciente en las fases anteriores. Además de ejercitar las conductas adquiridas, como paso imprescindible para que éstas lleguen a formar parte de su repertorio comportamental, permite al sujeto comprobar cómo se siente al poner en práctica las destrezas aprendidas. Asimismo, le permite comprobar las dificultades que posteriormente podrá volver a trabajar con su terapeuta.

Durante la aplicación del programa y al finalizar el mismo se valoran los resultados alcanzados a través de: los autoregistros y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (adquisición de las técnicas y consecución de los objetivos).

Puesto que se trata de un amplio paquete terapéutico que contiene diversas técnicas, los resultados obtenidos en la evaluación determinan la indicación terapéutica de unas u otras.

Esquema detallado de las sesiones

A continuación describimos nuestra propuesta dividida en sesiones. En cada sesión se indican las distintas fases que la componen, el objetivo específico de cada una de esas fases y la duración estimada. Igualmente, se especifican las tareas que se encomiendan para casa.

El protocolo consta de 14 sesiones. El contenido de cada sesión es el siguiente:

SESION 1: Evaluación de las distintas áreas

SESIÓN 2: Exposición del resultado de la evaluación

SESIÓN 3: Entrenamiento en respiración y relajación

SESIÓN 4: Entrenamiento en detención de pensamientos, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva

SESIÓN 5: Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones

SESIÓN 6: Aspectos básicos en habilidades sociales

SESIÓN 7: Aspectos básicos de comunicación no verbal

SESIÓN 8: Aspectos básicos de comunicación verbal

SESIÓN 9: Autopresentaciones y técnicas de conversación

SESIÓN 10: Concertar citas, conducta persuasiva y expresión de sentimientos

SESIÓN 11: Hacer y recibir cumplidos, hacer y rechazar peticiones

SESIÓN 12: Aspectos básicos de asertividad

SESIÓN 13: Estrategias asertivas

SESIÓN 14: Prevención de recaídas

Queremos señalar que las sesiones 1 y 2 se aplican individualmente y su contenido se recoge en el protocolo de evaluación. Las sesiones 3,4 y/o 5 se realizan si en la evaluación se detecta la necesidad de trabajar esos componentes.

Sesión 1: Evaluación de las distintas áreas

Fase I

Objetivo: Presentación y creación de un rapport apropiado.

Duración 10 minutos

Fase II

Objetivo: Aclarar el objetivo general de esta primera sesión.

Duración 5 minutos

Fase III

Objetivo: Explorar las distintas áreas de las habilidades sociales para detectar las posibles deficiencias, analizar la importancia que el paciente da a cada una de estas áreas, valorar los recursos personales para afrontar el entrenamiento así como todas aquellas variables que actúan como mediadoras de la conducta socialmente competente que recogemos en el protocolo de evaluación. Para ello utilizamos una entrevista semiestructurada en la que exploramos las siguientes áreas: comunicación verbal, comunicación no verbal y asertividad en distintas situaciones (auto-presentación, conversaciones, pedir y denegar favores, dar y recibir elogios, expresar sentimientos, concertar citas, asertividad). Si se precisa, se emplean cuestionarios para completar la evaluación de aspectos de personalidad, emocionales o de habilidades sociales.

Duración: 40 minutos

TEMES D'ESTUDI

PROPUESTA PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE HABILIDADES SOCIALES EN DISTINTOS ÁMBITOS
MAR A DEL CARMEN BENEDITO MONLEÓN Y MAR A AMPARO BENEDITO MONLEÓN

Fase IV

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos.

Sesión 2: Exposición del resultado de la evaluación.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Valorar los datos obtenidos en la sesión anterior, sistematizando toda la información que se obtuvo y haciendo, a partir de ella, una oferta específica y razonada del plan de intervención que deberá incluir tanto las áreas deficitarias a tratar como la metodología de trabajo que se va a utilizar.

Duración 40 minutos

Fase IV

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 55 minutos

Sesión 3: Entrenamiento en relajación y respiración.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior.

Duración: 5 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento específico en respiración y relajación tal como describimos en el apartado de técnicas. Duración: 45 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas para casa encomendadas para esta sesión:

Ejercicios de respiración y práctica de los ejercicios de relajación trabajados durante la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 65 minutos

Sesión 4: Entrenamiento en detención del pensamiento, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento específico en detención del pensamiento, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva, tal como se describe en el apartado de técnicas.

Duración: 35 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar con el paciente las tareas encomendadas para esta sesión:

Detectar las ideas irracionales y los temores relacionados con las relaciones interpersonales. Practicar la detención del pensamiento. Utilizar las autoinstrucciones y la reestructuración cognitiva.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivarle, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 65 minutos

Sesión 5: Entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar los objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento específico en solución de problemas y toma de decisiones. Delimitación de las distintas etapas: Identificación del problema, generación de alternativas, análisis de las consecuencias a corto y largo plazo de cada alternativa, elección de la solución más adecuada, ejecución de la misma y evaluación de los resultados.

Duración:35minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Resolución de problemas teóricos siguiendo los pasos expuestos durante la sesión.

Plantear problemas de interacción vividos por el paciente/es, analizarlos y proponer soluciones viables.

Duración: 10 minutos.

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración total estimada: 65 minutos

Sesión 6: Aspectos básicos en habilidades sociales.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Determinar el marco teórico de las habilidades sociales, poniendo el énfasis en la posibilidad de aprenderlas y mejorarlas mediante el entrenamiento. Clarificar aspectos como la función de las habilidades sociales, sus componentes y las áreas específicas de entrenamiento. Puntualizar algunos conceptos: empatía, emociones, ansiedad, cogniciones negativas.

Duración:35 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar con el paciente las tareas encomendadas para esta sesión: Confeccionar un listado de características propias de las personas socialmente competentes. Autoevaluación de las interacciones sociales: ¿Cuáles son las áreas en las que más me cuesta desenvolverme y en cuales estoy más satisfecho?.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos.

Duración estimada de la sesión : 65 minutos

Sesión 7: Aspectos básicos en comunicación no verbal

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales. Conceptos teóricos sobre comunicación no ver-

TEMES D'ESTUDI

PROPUESTA PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE HABILIDADES SOCIALES EN DISTINTOS ÁMBITOS
MAR A DEL CARMEN BENEDITO MONLEÓN Y MAR A AMPARO BENEDITO MONLEÓN

bal. Componente de la kinesia, proxémica y paralingüística relevantes para las habilidades sociales: mirada y contacto visual, sonrisa, gestos, dar la mano, postura y espacio personal.

Duración: 35.

Fase IV

Objetivo: explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Autoevaluación postural y gestual: ¿Cuáles son los gestos que hago habitualmente?, ¿consiguen sus objetivos?, ¿mejoran la interacción?.

Trabajar la expresión de emociones con los gestos: tratando de expresar sólo con gestos diversas emociones.

Mantener contacto ocular: Esforzarse en mantener el contacto visual en las interacciones cotidianas.

Duración: 10 minutos.

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos.

Duración estimada de la sesión: 65 minutos

Sesión 8: Aspectos básicos en comunicación verbal

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales en el área de comunicación verbal. Conceptos teóricos sobre comunicación verbal. El habla en público, contenido, discurso y actitud.

Duración : 35 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Entablar conversaciones superficiales con desconocidos. Anotar cómo se siente después de esas conversaciones detallando las posibles dificultades.

Mantener conversaciones con conocidos. Anotar cómo se siente después de esas conversaciones detallando las posibles dificultades.

Listar los errores que se cometen en las conversaciones: ¿qué quiero evitar? ¿qué quiero potenciar?

Duración: 10

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivarle, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos.

Duración estimada de la sesión : 65 minutos

Sesión 9: Autopresentaciones y técnicas de conversación

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar entrenamiento de habilidades sociales específicas: autopresentaciones y conversación. Incidir en la vertiente práctica de ambos aspectos: ¿qué imagen queremos dar de nosotros mismos y cómo lo podemos lograr? ¿de qué manera se pueden iniciar, mantener y concluir conversaciones de manera eficiente?

Duración 30 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Practicar las autopresentaciones trabajadas durante la sesión.

Mantener conversaciones de duración superior a 10 minutos y anotar las posibles dificultades.

Duración: 10

TEMES D'ESTUDI

PROPUESTA PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE HABILIDADES SOCIALES EN DISTINTOS ÁMBITOS
MAR A DEL CARMEN BENEDITO MONLEÓN Y MAR A AMPARO BENEDITO MONLEÓN

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos.

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Sesión 10: Concertar citas, conducta persuasiva y expresión de sentimientos.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales en las áreas siguientes: concertar citas, conducta persuasiva y expresión de sentimientos.

Duración: 30 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Utilizar argumentos persuasivos en las interacciones cotidianas ¿qué estrategias son más efectivas y con cuáles me siento más cómodo?

Expresar de forma clara los sentimientos que diferentes situaciones generan en contextos familiares.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Sesión 11: Hacer y recibir cumplidos, hacer y rechazar peticiones.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar

los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en habilidades sociales en las áreas siguientes: hacer y recibir cumplidos y hacer y rechazar peticiones.

Duración: 30 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar las tareas encomendadas para esta sesión:

Hacer cumplidos en el contexto familiar siguiendo las instrucciones dadas durante la sesión.

Hacer y rechazar peticiones. Anotar las dificultades.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Sesión 12: Aspectos básicos de Asertividad.

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en asertividad: ¿qué es la asertividad y para qué sirve?. Conducta asertiva como alternativa a la conducta pasiva y a la conducta agresiva.

Duración: 30 minutos

TEMES D'ESTUDI

PROPUESTA PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE HABILIDADES SOCIALES EN DISTINTOS ÁMBITOS
MAR A DEL CARMEN BENEDITO MONLEÓN Y MAR A AMPARO BENEDITO MONLEÓN

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar con el paciente las tareas encomendadas para esta sesión:

Practicar la conducta asertiva como alternativa a la pasiva y la agresiva en los supuestos indicados por el terapeuta.

Practicar los pasos de la conducta asertiva y las estrategias asertivas adecuadas para cada situación en los supuestos indicados por el terapeuta.

Práctica en vivo de conductas asertivas en contextos familiares.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar las sesiones próximas.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Sesión 13: Estrategias asertivas

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Iniciar el entrenamiento en las diversas estrategias asertivas: disco rayado, banco de niebla, interrogación negativa, ironía asertiva, quebrantamiento del proceso, decir "no", procesar el cambio, aplazamiento asertivo, el acuerdo viable.

Duración: 30 minutos

Fase IV

Objetivo: Explicar y planificar con el paciente las tareas encomendadas para esta sesión:

Utilizando el material proporcionado por el terapeuta, indicar las estrategias más adecuadas para cada uno de los supuestos.

Practicar las estrategias asertivas en la interacción cotidiana, anotando aquellas estrategias con las que se sientan más cómodos.

Duración: 10 minutos

Fase V

Objetivo: Despedirse, motivar, recapitular y orientar la sesión próxima.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Sesión 14: Prevención de recaídas

Fase I

Objetivo: Saludar, establecer un rapport apropiado y recapitular los objetivos de la sesión anterior. Revisar los ejercicios de la sesión anterior valorando tanto las dificultades encontradas como los logros conseguidos.

Duración: 10 minutos

Fase II

Objetivo: Determinar el objetivo y la estructura de la sesión.

Duración: 5 minutos

Fase III

Objetivo: Revisar los conceptos y técnicas más importantes trabajadas durante el entrenamiento. Aclarar dudas y explorar las dificultades. Análisis de la evolución y progresos. Manejo y afrontamiento de posibles situaciones complejas en el futuro.

Duración: 40 minutos

Fase IV

Objetivo: Despedirse, motivar en la mejora continua y reforzar los logros conseguidos.

Duración: 5 minutos

Duración estimada de la sesión: 60 minutos

Conclusiones

Las habilidades sociales constituyen un pilar necesario para el desarrollo integral de las personas. Las destrezas que implican, facilitan la adaptación y ajuste de los sujetos a lo largo de todo el ciclo vital y en los distintos ámbitos de su vida (familiar, social, laboral).

Los déficits en las habilidades sociales son compatibles tanto con la salud como con la enfermedad. Sujetos sanos tienen carencia de habilidades sociales, enfermos mentales presentan dificultades en sus interac-

ciones sociales y enfermedades orgánicas crónicas coexisten con deficiencias en habilidades sociales.

A pesar del amplio espectro de población afectada se trata de un problema pocas veces detectado y en menos ocasiones tratado.

Con nuestra aportación pretendemos ofrecer un protocolo que facilite el entrenamiento de habilidades sociales en población muy diversa. Hemos mencionado estudios que proponen programas de habilidades sociales en muestras específicas de población normal, enfermos mentales o enfermos orgánicos. Sin embargo, no hemos encontrado trabajos que planteen un protocolo polivalente que permita abordar los déficits de habilidades sociales en distintos tipos de población (normal, enfermos mentales y enfermos orgánicos), con diferentes modalidades de aplicación (individual o grupal) y con diferentes tipos de asistencia (pública o privada). Por ello, nuestro propósito ha sido presentar un protocolo susceptible de ser aplicado en todos estos contextos.

Referencias

- Barton, G., Rey, J.M., Simpson, P. y Denshire, E. (2001).
Patterns of critical incidents and their effect on outcome in an adolescent inpatient service. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(2), 155-9.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. y Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1072-80.
- Beléndez, M., Ros, M.C. y Bermejo, R.M. (1999). *Diabetes Infantil. Guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Bell, C.C. y Fink, P.J. (2000). Prevention of violence. *New directions for mental health services*, (86), 37-47.
- Benedito, M.A., Pinazo, S. y Musitu, G. (1996). *Habilidades sociales y asertividad: Un programa de entrenamiento*. Valencia: Cristobal Serrano.
- Brodaty, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychological interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 657-64.
- Caballo, V.C. (1988) *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Conger, J.C., Conger, A.J., Edmondson, C., Tescher, B. y Smolin, J. (2003). The relationship of anger and social skills to psychological symptoms. *Assessment*, 10(3), 248-58.
- Crum, R.M. y Pratt, L.A. (2002). Riesgo de consumo abundante de alcohol y de los trastornos por consumo de alcohol en la fobia social: un análisis prospectivo. *The American Journal of Psychiatry*, (Ed. Esp.), 5, 53-60.
- DSM IV-TR. (2002) *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson: Barcelona.
- Edwin, B.A., Heimberg, R.G., Juster, H. y Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*; 40, 19-35.
- García, M. (2000). *Habilidades sociales del líder político*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Harguie, O., Morrow, N.C. y Woodman, C. (1993). *Looking into community pharmacy: identifying effective communication skills in pharmacist-patients consultation*. Jordawnston: University of Ulster.
- Harguie, O., Sauncer, C. y Dickson, D. (1981). *Social skills in interpersonal communication*. London: Routledge.
- Hauenstein, E.J. (2003). Depression in adolescence. *Journal of obstetric, gynaecologic, and neonatal nursing*, 32(2), 239-48.
- Hernandez, C., Casas, A., Escarrabill, J., Alonso, J., Puig-Junoy, J., Farrero, E., Vilagut, G., Collvinent, B., Rodriguez-Rosin, R. y Roca, J. (2003). Hospitalización domiciliaria de pacientes con exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *European respiratory journal* (edición española), 4(3), 208-217.
- Holschneider, S.O. y Alexander, C.S. (2003). Social and psychological influences on HIV preventive behaviours of youth in Haiti. *The Journal of Adolescent Health*, 33(1), 31-40.
- Houck, G.M. y Stemberg, L. (2002). Small group experience withdrawn girls. *The Journal of school nursing*, 18(4), 206-11.

TEMES D'ESTUDI

PROPUESTA PARA EL ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS DE HABILIDADES SOCIALES EN DISTINTOS ÁMBITOS
MAR A DEL CARMEN BENEDITO MONLEÓN Y MAR A AMPARO BENEDITO MONLEÓN

- Kelly, J.A. (1982). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kroll, T., Barlow, J.H. y Shaw, K. (1999). Treatment adherence in juvenile rheumatoid Arthritis. A review. *Scandinavian journal of rheumatology*, 28, 10-8.
- Lampe, L.A. (2002). Social phobia: Common, disabling and treatable. *Current opinion psychiatry*, 15, 169-75.
- Lang, A.J. y Stein, M.B. (2001). Social phobic : Prevalence and diagnostic threshold. *The journal of clinical psychiatry*, 62 (Supl 1), 5-10.
- Leshchenko, I.V., Kuznetsova, E.I. y Medvedskii, E.A. (1999). Psychological features of patients with bronchial asthma during long-term basic therapy at the "Asthma School". *Terapevticheskii arkhiv*, 71, 19-21.
- Marchera, E. (2002). *Habilidades sociales para el trabajo*. Cadiz: Unversidad de Cadiz.
- Mostow, A.J., Izard, C.E., Fine, S. y Trentacosta, C.J. (2002). Modeling, emotional, cognitive, and behavioural predictors of peer acceptance. *Child development*, 73(6), 1775-87.
- Olson, A.L., Boyle, W.E., Evans, M.W. y Zug, L.A. (1993). Overall function in rural childhood cancer survivors. The role of social competence and emotional health. *Clinical pediatrics*, 32(6), 334-42.
- Palermo, T.M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Journal of developmental and behavioural pediatrics*, 21 (1), 58-69.
- Payton, J.W., Wardlaw, D.M., Graczyk, P.A., Bloodworth, M.R., Tompsett, C.J. y Weissberg, R.P. (2000). Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behaviour in children and youth. *The journal of school health*, 70(5), 179-85.
- Phillips, E. (1978). *The social skill basis of psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Reich, J. (2000). The relationship of social phobia to avoidant personality disorder: a proposal to reclassify avoidant personality disorder based on clinical empirical findings. *European psychiatry*, 15, 151-9.
- Saravanamuttu, R. y Pyke, J. (2003). Interaction: case managers and social skills teaching. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(1), 79-82.
- Stein, M.B., Torgrud, L.J. y Walter, J.R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes and severity: Findings from a community survey. *Archives of general psychiatry*, 57, 1046-52.
- Takahashi, M. y Kosaka, K. (2003). Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 57(3), 295-302.
- Van Velza, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G. y Scholing, A. (2000). Generalized social phobia versus avoidant personality disorders: difference in psychopathology, personality traits and social occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 395-411.
- Vila, G., Nollet-Clemencon, C., de Blic, J., Mouren-Simeoni, M.C. y Scheinman, P. (1998). Asthma severity and psychopathology in a tertiary care department for children and adolescent. *European child and adolescent psychiatry*, 7, 137-44.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. y Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(7), 943-52.