

# Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia

Rosa Jiménez García-Bóveda<sup>\*1</sup>, Antonio J. Vázquez Morejón<sup>2</sup>,

Raquel Vázquez Morejón Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental Oriente, Sevilla, España

<sup>2</sup>Centro de Salud Mental Guadalquivir, Sevilla, España

## ABSTRACT

*Social Skill and Social Support in Schizophrenia.* Although both constructs of Social Skill and Social Support are known for their significance in the field of schizophrenia, the relationship between the two has hardly been explored. The available research is generally limited to the structural dimension of Social Support and it tends to be based on small, heterogenous samples. This study tries to explore the relationship between Social Skill and structural and functional Social Support variables using 95 outpatients diagnosed with schizophrenia, according to RDC criteria, who attended a Community Mental Health Center. Eighteen of these individuals are women, and the mean age of the sample is 29,2 years old. Social Skill here is assessed by the Simulated Social Interaction Test, and the Mannheim Interview on Social Support is used to assess the Social Support. The results show weak, though significant correlation between Social Skill and structural and functional dimensions of “non-familial” Social Support: Network Size ( $r = .29$ ,  $p < 0.01$ ), Frequency of Contact ( $r = .24$ ,  $p < 0.05$ ), Multiplexity ( $r = .24$ ,  $p < 0.05$ ), Psychological Everyday Support ( $r = .29$ ,  $p < 0.01$ ), Psychological Crisis Support ( $r = .30 < 0.01$ ) and Instrumental Crisis Support ( $r = .21$ ,  $p < 0.05$ ). With the exception of Psychological Crisis Support, Social Skills does not correlate with “familial” Social Support. The results show that the relationship between both constructs depends on the source of Social Support and it suggest that Social Skill is mainly associated with the “non-familial” social support. *Key words:* Social Support, Social Skill, Social Functioning, Schizophrenia.

## RESUMEN

A pesar de la reconocida relevancia de las habilidades sociales (HS) y el apoyo social (AS) en el ámbito de la esquizofrenia, la relación entre ambos constructos ha sido escasamente explorada en esta población. Los estudios existentes se limitan generalmente a los aspectos estructurales del AS y tienden a basarse en muestras muy reducidas y heterogéneas. El presente estudio trata de indagar en la relación entre HS y diversas variables estructurales y funcionales del AS a partir de 95 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según criterios RDC, y tratados en un centro de salud mental, de los que 18 eran mujeres y presentaban una edad media de 29,2 años. La evaluación de la HS se realiza mediante el Test de Interacción Social Simulada, mientras que para el AS se utiliza la Entrevista Mannheim de Apoyo Social. Los resultados muestran correlaciones débiles

\*La correspondencia sobre este artículo puede ser dirigida a la primera autora: Centro de Salud Mental Guadalquivir, Ronda de Triana 2, bajo, 41010 Sevilla, España. E-mail: rjboveda@correo.cop.es

pero significativas entre HS y dimensiones estructurales y funcionales del AS extrafamiliar: tamaño de la red ( $r = .29, p < 0.01$ ), frecuencia de contacto ( $r = .24, p < 0.05$ ), multiplicidad ( $r = .24, p < 0.05$ ), apoyo psicológico cotidiano ( $r = .29, p < 0.01$ ), Apoyo Psicológico en Crisis ( $r = .30, p < 0.01$ ), y apoyo instrumental en crisis ( $r = .21, p < 0.05$ ). A excepción del apoyo psicológico en crisis, las HS no muestran correlaciones con el AS familiar. Los resultados indican que la relación entre HS y AS difiere según la fuente de apoyo social y sugieren que las HS están asociadas principalmente con el apoyo social extrafamiliar.  
*Palabras clave:* apoyo social, habilidades sociales, funcionamiento social, esquizofrenia

A pesar del gran número de investigaciones y del notable avance en el estudio del Apoyo Social (AS), importantes cuestiones permanecen aún sin aclarar, tanto en los aspectos conceptuales y empíricos, como en la relación con otras variables psicosociales que parecen intervenir en su proceso. Tal es el caso de las habilidades sociales (HS), cuya interacción con el Apoyo Social no está suficientemente delimitada (Brugha, 1995).

A partir de la década de los ochenta, los Modelos de Apoyo Social han incluido diversos factores relacionados con las habilidades sociales de los sujetos, investigándose como variables intervinientes en el acceso y mantenimiento del apoyo (Cohen, Sherrod y Clark, 1986; Denoff y Pilkonis, 1987; Heller y Lakey, 1985; Heller y Swindler, 1983; Macdonald, Jackson, Hayes, Baglioni y Madden, 1998; Riggio y Zimmerman, 1991; Sarason y Sarason, 1985; Vaux, 1988).

La mayoría de los estudios empíricos sobre la relación entre HS y AS se han centrado en muestras no clínicas, sobre todo en población juvenil o universitaria (p.ej., Barth, 1988; Cohen *et al.*, 1986; Elliot y Gramling, 1990; Mallinckrodt, 1992; Riggio y Zimmerman, 1991; Sarason, Sarason, Hacker y Basham, 1985; Tanaka, 2001). Por el contrario, son escasas las investigaciones sobre la interacción entre las habilidades sociales y el apoyo social en pacientes con trastornos mentales crónicos, como la esquizofrenia (Brugha, Wing, Brewin, MacCarthy y Lesage, 1993; Denoff y Pilkonis, 1987; Dobson, 1996; Macdonald *et al.*, 1998), población especialmente caracterizada por importantes déficits en uno y otro ámbito.

En general, los hallazgos tanto en población esquizofrénica como en otras poblaciones apuntan a una correlación leve de las habilidades sociales con el tamaño de la red y en el grado de apoyo social (Heller y Swindler, 1983; Macdonald *et al.*, 1998; Sarason y Sarason, 1985; Vaux, 1988).

No obstante, en la mayor parte de las investigaciones existe una escasa delimitación conceptual, observándose un cierto solapamiento entre habilidad, competencia e incluso funcionamiento social (Brugha *et al.*, 1993; Denoff y Pilkonis, 1987) lo que da lugar a la utilización de instrumentos no específicos para la evaluación de la habilidad social (Brugha *et al.*, 1993). Además, en general se analizan aspectos estructurales de la red social, siendo escasos los trabajos que versan sobre los aspectos funcionales del apoyo social (Cohen *et al.*, 1986). Por otra parte, las muestras suelen ser pequeñas (Macdonald *et al.*, 1998) o heterogéneas (Brugha *et al.*, 1993) lo que limita notablemente las conclusiones de estas investigaciones.

El presente estudio pretende indagar sobre la relación entre las habilidades sociales y las dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social percibido (ASP) en pacientes esquizofrénicos de nuestro medio cultural. El acercamiento a estas variables se realiza desde un análisis molar de las habilidades sociales y desde una perspectiva multidimensional del apoyo social percibido.

## MÉTODO

### *Participantes*

Noventa y cinco pacientes tratados de forma ambulatoria en Centros de Salud Mental de Distrito, que cumplen los criterios siguientes: a) diagnóstico de esquizofrenia según criterios de investigación diagnóstica RDC; b) ausencia de deterioro cognoscitivo que impida seguir instrucciones y responder coherentemente a las preguntas de la evaluación; c) no encontrarse en fase aguda (no presencia de psicopatología activa predominante durante la investigación); d) edad inferior a 45 años; y e) aceptar voluntariamente la participación en las pruebas de evaluación.

La edad media de las personas incluidas en el estudio es de 29,19 años, con un rango de 17-43 años y una desviación típica de 6,38. La edad media de inicio de la enfermedad es de 21,8 años (rango 15-38, D.T. 4,7) y muestran una media de 1,26 ingresos hospitalarios (rango 0-10, D.T. 1,9). Otras características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla 1.

### *Instrumentos*

*Entrevista Mannheim de Apoyo Social:* EMAS (VEIEL, 1990), se trata de un instrumento de evaluación que intenta aunar las ventajas de los cuestionarios de apoyo social y del enfoque analítico de la red. La estructura de la entrevista está explícitamente basada en una conceptualización multidimensional del apoyo, en la que se distingue sistemáticamente entre: a) apoyo cotidiano y en crisis; b) apoyo psicológico-emocional e instrumental-material; c) diversas fuentes de apoyo; d) diferentes focos de evaluación: considerando aspectos descriptivos (frecuencia de contactos, número de amigos...) y evaluativos (valoración del apoyo recibido, satisfacción con la relación...).

La entrevista está compuesta de dos partes, en la primera de las cuales se recoge, a través de doce preguntas, las personas que potencialmente o de hecho proveen apoyo en situaciones prototípicas, tanto cotidianas como de crisis. En la segunda parte se recogen datos relativos a cada una de las personas mencionadas anteriormente: edad, género, rol, distancia de domicilio, frecuencia de contacto, importancia y satisfacción con la relación. Dos últimos ítems tratan de evaluar la actitud del sujeto respecto a la búsqueda y recepción de apoyo.

De la combinación de las dos distinciones básicas de funciones de apoyo (psicológico vs instrumental, cotidiano vs crisis) surgen las cuatro categorías generales de apoyo que evalúa la entrevista: a) Apoyo Psicológico Cotidiano (APCo); b) Apoyo

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas.

Variables		N	%
Género	Mujer	18	18,9
	Hombre	77	81,1
Edad	<26 años	30	31,6
	26-35 años	48	50,5
	36-45 años "	17	17,9
Estado Civil	Soltero/a	85	89,5
	Casado/a	2	2,1
	Separado/a	8	8,4
Tipo de Con vivencia	Madre y padre	58	61,1
	Madre	15	15,8
	Padre	7	7,4
	Esposo/a	2	2,1
	Otros familiares	6	6,4
	Solo/a	2	2,1
	Otros	5	5,3
Duración de la enfermedad	< 6 años	44	46,3
	6-10 años	24	25,2
	> 10 años	27	28,5
Hospitalizaciones	0	41	43,2
	1	28	29,5
	2-5	22	23,1
	>5	4	4,2

Instrumental Cotidiano (AICo); c) Apoyo Psicológico en Crisis (APCr); y d) Apoyo Instrumental en Crisis (AICr).

Los datos son organizados en una matriz de apoyo que integra los miembros de la red, las funciones de apoyo y las características de las personas, permitiendo establecer relaciones entre funciones específicas de apoyo y los miembros de la red que las proveen. La información obtenida se basa en el autoinforme del propio sujeto, ofreciendo, por tanto, una medida de la propia percepción sobre los recursos de apoyo social. No obstante, la entrevista trata de minimizar posibles distorsiones evitando cuestiones demasiado generales y concretándose en situaciones y personas específicas. El tiempo aproximado para la realización de la entrevista es de unos treinta minutos. Existen datos disponibles sobre las características psicométricas de la adaptación española (Vázquez Morejón y Jiménez García Bóveda, 1997).

*Test de Interacción Social Simulada -SSIT-* (Curran, 1982): se trata de una prueba de *rol-play* en la que se evalúa la respuesta a ocho situaciones simuladas relativas a: 1) desaprobación, 2) asertividad, 3) confrontación y expresión de enfado, 4) contacto heterosexual, 5) calidez interpersonal, 6) conflicto/rechazo de padres o familiares, 7) pérdida interpersonal, y 8) recepción de cumplidos. Cada escena es evaluada en lo

relativo a habilidad y ansiedad, en una escala tipo Likert de 1 a 11, tanto por el propio paciente como por dos jueces. En el SSIT se opta por una evaluación molar, en contraposición a otros enfoques más moleculares, sacrificando una cierta precisión y fiabilidad en aras de una mayor "validez social" de la medida. Los datos obtenidos en un estudio de las características psicométricas de nuestra adaptación del SSIT, indican una satisfactoria fiabilidad y validez del instrumento (Jiménez, Vázquez y Vázquez, 2005).

### *Procedimiento*

El estudio se realizó a partir de los datos recogidos como parte del procedimiento rutinario de evaluación psicológica que se viene realizando a los pacientes con psicosis con vista a su inclusión en los distintos programas de intervención (Entrenamiento en habilidades sociales, programas psicoeducativos, etc.).

En las entrevistas rutinarias de seguimiento, a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se solicitó su participación en las pruebas de evaluación. En dicha entrevista se les explicó el interés de la evaluación para la identificación de áreas prioritarias de abordaje en el programa de tratamiento y se les informó del carácter voluntario de dicha evaluación, acordándose una fecha de entrevista, en la cual se realizó el Test de Interacción Social Simulada (SSIT) y, posteriormente, en entrevista individual se aplicó la Entrevista Mannheim de Apoyo Social.

Una vez finalizada la evaluación, se procedió a la corrección de las pruebas y a su inclusión en una base de datos que posteriormente fue combinada con otros datos clínicos y sociodemográficos ya disponibles en el archivo de censo de pacientes con psicosis. Una vez completada la base de datos se procedió al análisis estadístico mediante el programa SPSS v11.5. La relación entre las distintas variables de habilidades sociales y apoyo social fueron exploradas mediante el coeficiente de correlación de Pearson, así como mediante el análisis de regresión lineal simple, tomando como variable independiente la puntuación total en SSIT y como variable dependiente cada una de las puntuaciones obtenidas en la Entrevista Mannheim de Apoyo Social.

En el Test de Interacción Social Simulada (SSIT) las puntuaciones se obtuvieron exclusivamente a partir de las evaluaciones realizadas por dos jueces, utilizándose la media de ambas evaluaciones como puntuación de cada escena. No se realizaron, por tanto, análisis de las autoevaluaciones del propio sujeto.

En el análisis de las variables de apoyo social se realizaron análisis diferenciados para el apoyo proveniente de: a) la red social global, b) la red familiar, y c) la red extrafamiliar. En todos los casos, se incluye exclusivamente la red informal de apoyo, quedando excluido el apoyo formal o institucional.

## **RESULTADOS**

*Apoyo Social Global.* Las habilidades sociales correlacionan con las funciones de apoyo social (Tabla 2), a excepción del apoyo instrumental en crisis. Igualmente muestra correlación con el tamaño de la red y con la frecuencia de contacto, tratándose

Tabla 2. Correlación entre puntuaciones en SSIT y variables de Apoyo Social en EMAS.

Apoyo Social	Habilidades Sociales
Global	
Tamaño de la red	.240*
Apoyo Psicológico Cotidiano	.274**
Apoyo Instrumental Cotidiano	.239**
Apoyo Instrumental en Crisis	.167
Apoyo Psicológico en Crisis	.322**
Multiplicidad	.183
Frecuencia de Contacto	.213*

\* &lt; 0.05; \*\* &lt; 0.01

Tabla 3. Regresión Lineal Simple de Habilidad Social (puntuación Total en SSIT) y Apoyo Social (variables de EMAS).

EMAS	R <sup>2</sup>	Beta	Signif.
<b>GLOBAL</b>			
Tamaño de la red	.058	.240	< 0.05
Apoyo Psicológico Cotidiano	.075	.274	< 0.01
Apoyo Instrumental Cotidiano	.057	.239	< 0.05
Apoyo Instrumental en Crisis	.028	.167	
Apoyo Psicológico en Crisis	.104	.322	< 0.01
Multiplicidad	.045	.213	< 0.05
Frecuencia de Contacto	.033	.183	
<b>FAMILIAR</b>			
Tamaño de la red	.003	.053	
Apoyo Psicológico Cotidiano	.010	.101	
Apoyo Instrumental Cotidiano	.037	.192	
Apoyo Instrumental en Crisis	.002	.046	
Apoyo Psicológico en Crisis	.042	.206	< 0.05
Multiplicidad	.003	.053	
Frecuencia de Contacto	.035	.186	
<b>EXTRAFAMILIAR</b>			
Tamaño de la red	.082	.286	< 0.01
Apoyo Psicológico Cotidiano	.082	.286	< 0.01
Apoyo Instrumental Cotidiano	.028	.168	
Apoyo Instrumental en Crisis	.043	.207	< 0.05
Apoyo Psicológico en Crisis	.090	.299	< 0.01
Multiplicidad	.058	.240	< 0.05
Frecuencia de Contacto	.056	.237	< 0.05

Tabla 4. Correlación entre puntuaciones en SSIT y variables de Apoyo Social Familiar en EMAS (N=95).

Apoyo Social	Habilidades Sociales R sign if.
Tamaño de la red	.053
Apoyo Psicológico Cotidiano	.101
Apoyo Instrumental Cotidiano	.192
Apoyo Instrumental en Crisis	.046
Apoyo Psicológico en Crisis	.206 *
Multiplicidad	.186
Frecuencia de Cont acto	.053

\* < 0.05; \*\* < 0.01

Tabla 5. Correlación entre puntuaciones en SSIT y variables de Apoyo Social ExtraFamiliar en EMAS (N=95).

A poyo Social	Habilidades Sociales R sign if.
Tamañ o de la red	.286* *
Apoyo Psicológico Cotidiano	.286* *
Apoyo Instrum ental Cotidiano	.168
Apoyo Instrum ental en Crisis	.207 *
Apoyo Psicológico en Crisis	.299* *
Mul tiplicidad	.237 *
Frecuencia de Contacto	.240 *

\* < 0.05; \*\* < 0.01

en todos los casos de una correlación significativa aunque de escasa intensidad.

En el análisis de regresión lineal simple (tabla 3) se observan valores significativos en todas las variables a excepción de apoyo instrumental en crisis y en frecuencia de contacto. El coeficiente de determinación obtenido indica que las variaciones en la habilidades sociales explicarían entre un 4,5% (multiplicidad) y un 10,4% (apoyo psicológico en crisis) de las variaciones de las variables de apoyo social (tabla 3).

*Apoyo Social Familiar.* En general no se observa relación entre las habilidades sociales y las variables de apoyo social proveniente de la red familiar (tabla 4), a excepción de una de la funciones de apoyo, el apoyo psicológico en crisis, aspecto éste en que se obtiene una débil correlación. En el análisis de regresión lineal simple se observan valores significativos únicamente en apoyo psicológico en crisis, donde las habilidades sociales explicarían un 4,2% de las variaciones en esta variable (tabla 3)

*Apoyo social extrafamiliar.* El tamaño de la red extrafamiliar, la multiplicidad, la frecuencia de contacto, así como las diversas funciones de apoyo social, con la

excepción del apoyo instrumental cotidiano, aparecen correlacionados con la habilidad social mostrada en el test de rol-play (tabla 5). En el análisis de regresión lineal simple (tabla 3) se observan valores significativos en todas las variables a excepción de apoyo instrumental cotidiano. El coeficiente de determinación obtenido indica que las variaciones en las habilidades sociales explicarían entre un 4,3% (apoyo instrumental en crisis) y un 9% (apoyo psicológico en crisis) de las variaciones de las variables de apoyo social (tabla 3).

## DISCUSIÓN

Cabe destacar en primer lugar que los resultados confirman la relación entre habilidades sociales y apoyo social, observándose una correlación significativa entre las habilidades sociales globales y algunas dimensiones estructurales del apoyo social: tamaño de la red y frecuencia de contacto. Las personas con más habilidades sociales presentan un mayor número de miembros en su red social y tienden a mantener contactos más frecuentes con ellos. Estos resultados son consistentes con los datos obtenidos por diversos autores en otros contextos culturales (Barth, 1988; Brugha *et al*, 1993; Cohen *et al*, 1986; Denoff y Pilkonis, 1987; Elliot y Gramling, 1990; Heller y Swindle, 1983; Macdonald *et al*, 1998; Mallinckrodt, 1992; Riggio y Zimmerman, 1991; Sarason *et al*, 1985).

Además, las habilidades sociales aparece también relacionada significativamente con otra dimensión estructural del Apoyo, la Multiplicidad o número medio de funciones de apoyo que proporcionan los miembros de la red. Esta relación es particularmente importante ya que la Multiplicidad ha sido considerada una dimensión estructural que influye en una mayor satisfacción con el apoyo (Hirsch, 1979; Morin y Seidman, 1986). Por otra parte, los resultados del presente estudio muestran una correlación significativa entre las HS y diversas funciones de apoyo social percibido: apoyo psicológico cotidiano, apoyo psicológico en crisis y apoyo instrumental en crisis, o lo que es lo mismo, aquellos sujetos con más habilidad perciben más apoyo psicológico de su red, tanto en situaciones de la vida diaria como en crisis, y más apoyo instrumental, aunque únicamente en momentos críticos.

Todos estos hallazgos son asimismo consistentes con la hipótesis generalmente aceptada acerca de la importancia de las habilidades sociales en la integración social de las personas con esquizofrenia (Bellack, Mueser, Gingerich y Agreste, 1997; Heller, 1981; Liberman, 1988; Mueser y Bellack, 1998). Cabría pensar que, en alguna medida, las habilidades sociales inciden en una ampliación de la red de apoyo social, generando, a su vez más oportunidades de desempeño de las habilidades y de obtención de feedback, aspecto este esencial para garantizar una mejora en el funcionamiento (Kopelowicz, Liberman y Wallace, 2003).

En un análisis más detallado de los resultados, podemos observar que la correlación señalada entre HS y AS se explica casi exclusivamente a partir de una parte de la red social: la red extra-familiar. Se observa un patrón claramente diferenciado de relación entre HS y AS según la fuente de apoyo: mientras que el apoyo extra-familiar



correlaciona significativamente con la habilidad social de los/las pacientes, en el apoyo familiar -el tamaño de la red, la frecuencia de contacto, la multiplicidad y la mayoría de las funciones de apoyo- no se observa correlación alguna con la HS de los sujetos.

Estos resultados parecen indicar que la HS juega un papel importante en la obtención de apoyo social fuera del entorno familiar, tratándose por tanto de un apoyo "logrado". El apoyo familiar, en cambio, correspondería, más bien, a un tipo de apoyo incondicional, propio de las redes "adscritas" como es el caso de la familia (Heller y Swindle, 1983).

No puede concluirse, sin embargo, que la HS de los sujetos carezca de importancia en el apoyo social familiar. Aunque la familia provea estos apoyos de forma incondicional, formando parte, sin duda, de las funciones de cuidado y lealtad que aporta habitualmente a sus miembros, los déficits en HS de los pacientes podrían traducirse, no en una reducción del apoyo, pero sí en un incremento de la carga familiar (Kuipers, 1998; Riggio y Zimmerman, 1991), aspecto muy importante, en especial si se tiene en cuenta que, en el caso de los trastornos mentales crónicos, el apoyo familiar es casi el único disponible durante años (Sörngaard *et al*, 2001; Vázquez Morejón, Gallego Bernardo, Jiménez García-Bóveda, en prensa). A este respecto, algunos autores señalan la importancia de algunas habilidades sociales, como la sensibilidad social o la auto-revelación, para el logro de un buen clima familiar o una menor emoción expresada (Mueser, Bellack, Wade, Sayers, Tierney y Haas, 1993) lo que sugiere que podrían favorecer la emisión y recepción del apoyo, con un menor coste emocional de todos los miembros de la familia.

No obstante todo lo anterior, los hallazgos del presente estudio sólo reflejan un peso modesto de las habilidades sociales en el apoyo social. Sin duda, otras variables -nivel de funcionamiento social, género, psicopatología, estigma- o incluso aspectos neurocognitivos (Cornblatt, Lenzenweger, Dworkin y Erlenmeyer-Kimling, 1992) podrían estar incidiendo de modo importante en el logro y mantenimiento del apoyo, por lo que se precisan nuevos estudios que indaguen el papel aditivo y/o mediador de estas variables y desarrollen modelos explicativos más complejos.

Entre las limitaciones del presente estudio podemos señalar que se ha realizado una evaluación molar de las habilidades sociales, perdiéndose información del peso específico de habilidades concretas en la obtención del apoyo. Además, el acercamiento a la relación entre HS y AS ha sido correlacional, lo que no permite establecer relaciones causales entre las dos variables.

A pesar de ello, los resultados aquí referidos son consistentes con la hipótesis de la importancia de las habilidades sociales en el logro del apoyo social, tanto en sus aspectos estructurales como funcionales y de las distintas implicaciones que esta relación conlleva según la red sea familiar ó no familiar. La consideración de estos resultados en los programas de entrenamiento en habilidades sociales, podría facilitar no sólo la obtención del apoyo social en la comunidad, tan necesario en estas poblaciones, sino posiblemente también la reducción de la carga que conlleva el apoyo incondicional de la familia.

## NOTAS

Jiménez García Bóveda R, Vázquez Morejón AJ y Vázquez Morejón Jiménez R (aceptado para su publicación). Test de Interacción Social Simulada (SSIT): características psicométricas en una muestra de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psicología de la Salud*.

## REFERENCIAS

- Barth RP (1988). Social Skill and Social Support among Young Mothers. *Journal of Community Psychology*, 16, 132-143.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S y Agresta J (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. London: The Guilford Press.
- Brugha TS (1995). *Social Support and Psychiatric Disorder. Research Findings and Guidelines for Clinical Practice*. New York: Cambridge University Press.
- Brugha TS, Wing JK, Brewin CR, MacCarthy B y Lesage A (1993). The relationship of social network deficits with deficits in social functioning in long-term psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 218-224.
- Cohen S, Sherrod DR y Clark MS (1986). Social Skills and the Stress-Protective Role of Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973.
- Cornblatt BA, Lenzenweger MF, Dworkin RH y Erlenmeyer-Kimling L (1992). Childhood attentional dysfunctions predict social deficits in unaffected adults at risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 59-64.
- Curran JP (1982). A procedure for the assessment of social skill: The Simulated Social Situation Interaction Test. En JP Curran y PM Monti (Eds.). *Social Skill training: a practical handbook for assessment and treatment* (pp. 348-373). New York: Guilford.
- Denoff MS y Pilkonis PA (1987). The Social Network of Schizophrenic: Patient and Residential Determinants. *Journal of Community Psychology*, 15, 228-244.
- Dobson D (1996). Long-Term Support and Social Skills Training for Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 47, 1195-1199.
- Elliott TR y Gramling SE (1990). Personal Assertiveness and the Effects of Social Support Among College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 427-436.
- Heller K (1981). Los efectos del Apoyo Social: Implicaciones para la prevención y el tratamiento. En AP Goldstein y FH Kanfer (Eds.). *Generalización y Transfer en Psicoterapia. Cómo incrementar los efectos del tratamiento* (pp. 331-357). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heller K y Lakey B (1985). Perceived Support and Social Interaction among Friends and Confidants. En IG Sarason y BR Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (pp.287-300). Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Heller K y Swindle RW (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. En RD Felner, LA Jason, JN Moritsugu y SS Farber (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, Research & Practice in Community Intervention* (pp.87-103). New York: Pergamon Press.
- Hirsch B (1979). Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7, 263-277.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Wallace CJ (2003). Psychiatric rehabilitation for schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 2, 283-298.
- Kuipers E (1998). Working with carers: Interventions for relative and staff carers of those who have psychosis. En T Wikes, N TARRIER y S Lewis (Eds.), *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia* (pp. 201-214) Chichester: John Wiley & Sons.

- Liberman, RP (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ y Madden C (1998). Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 29, 275-286.
- Mallinckrodt B (1992). Childhood emotional bonds with parents, development of adult social competencies, and availability of social support. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 453-461.
- Morin RC y Seidman E (1986). A social network approach and the revolving door patient. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 262-273.
- Mueser KT y Bellack AS (1998). Social Skills and Social Functioning. En KT Mueser y N Tarrier (Eds.), *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (pp. 79-96). London: Allyn & Bacon.
- Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Tierney A y Haas G (1993). Expressed Emotion, Social Skill, and Response to Negative Affect in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 339-351.
- Randolph ET (1998). Social Networks and Schizophrenia. En KT Mueser y N Tarrier (Eds.), *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (pp. 238-246). London: Allyn & Bacon.
- Riggio RE y Zimmerman J (1991). Social Skills and Interpersonal Relationships: Influences on Social Support and Support Seeking. En WH Jones y D Perlman (Eds.), *Advances in Personal Relationships*, vol. 2 (pp. 133-158) London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sarason BR, Sarason IG, Hacker TA y Basham RB (1985). Concomitants of Social Support: Social Skills, Physical Attractiveness, and Gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 469-480.
- Sarason IG y Sarason BR (1985). Social Support-Insights from Assessment and Experimentation. En IG Sarason y BR Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (pp. 39-50). Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Sörngaard KW, Hansson L, Heikkilä J, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Merinder L, Nilsson L-L, Sandlund M y Middelboe T (2001). Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: A nordic multicentre study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 13-19.
- Tanaka YT (2001). Roles of social support and social skills in the intercultural adjustment of Japanese adolescent sojourners in the USA. *Psychological Report*, 88, 1201-1210.
- Vaux A (1988). *Social Support. Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger
- Vázquez Morejón AJ y Jiménez García Bóveda R (1997). The Mannheim Interview on Social Support: Psychometric characteristics of a Spanish version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 208-214.
- Veiel HOF (1990). The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and validity data from three samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 250-259.

Recibido, 20 marzo 2006  
Aceptado, 16 marzo 2007