

Apuntes de Psicología
2004, Vol. 22, número 1, págs. 111-120.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicólogos
de Andalucía Occidental y
Universidad de Sevilla

Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia

Rosa JIMÉNEZ GARCÍA-BÓVEDA

Antonio J. VÁZQUEZ MOREJÓN

Servicio Andaluz de Salud

Raquel VÁZQUEZ-MOREJÓN JIMÉNEZ

Psicóloga

Resumen

Se indaga la relación entre habilidad social y funcionamiento social en 100 pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Se evalúan las habilidades sociales mediante el *Test de Interacción Social Simulada* (SSIT) y las diferentes dimensiones del funcionamiento social, a partir de la *Escala de Funcionamiento Social* (SFS). Los resultados indican que las habilidades sociales están significativamente relacionadas con el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia, indicando que las personas con mayor habilidad social tienden a presentar un mayor funcionamiento social y que esta correlación se produce fundamentalmente a expensas de dos de las dimensiones del funcionamiento social: comunicación y empleo.

Palabras clave: habilidad social, funcionamiento social, esquizofrenia.

Abstract

The relations between Social Skill and Social Functioning were examined in a group of 100 schizophrenic patients. Social skill and Social functioning were assessed with The Simulated Social Interaction Test (SSIT) and the Social Functioning Scale (SFS) respectively. The results indicated that social skills were significantly related to social functioning of patients with schizophrenia. Two dimensions of the Social Functioning Scale were particularly related to social skill: Communication and Employment.

Key words: Social Skill, Social Functioning, Schizophrenia

Dirección de la primera autora: Centro Salud Mental de Distrito Macarena-Centro. Centro de especialidades "Esperanza Macarena". Avda. M^a Auxiliadora, n^o 6, 4^a planta. Sevilla 41003. *Correo electrónico:* rjboveda@correo.cop.es

Recibido: marzo 2004. *Aceptado:* julio 2004.

La importancia de las variables psicosociales en la esquizofrenia ha sido puesta de manifiesto en las últimas décadas, con un progresivo desarrollo de diversos constructos, entre los que destaca el de *Funcionamiento Social* (FS). Diversas razones confieren un especial interés al estudio del FS:

- 1) Su relevancia como variable de resultado, relativamente independiente de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (Strauss, Kokes, Klorman y Sacksteder, 1977; Peralta, Cuesta y de León, 1994).
- 2) Su capacidad como factor pronóstico respecto al mantenimiento en la comunidad y la calidad de vida de los/las pacientes (Johnstone, MacMillan, Frith, Benn y Crow, 1990; Jonsson y Nyman, 1991; Bailer, Bräuer y Rey, 1996).
- 3) Su relación con la carga familiar (Kuipers y Bebbington, 1985).
- 4) La relación con la necesidad de apoyos y recursos (Wykes, Sturt y Creer, 1982) y, por tanto, con los costos económicos de la esquizofrenia dentro del sistema sanitario y social (Wykes, 1998).

Por otra parte, la inclusión del FS como un aspecto esencial en los criterios de la mayoría de los sistemas de clasificación diagnóstica, así como su incorporación a los modelos de vulnerabilidad (Nuechterlein y Dawson, 1984; Nuechterlein, Dawson, Ventura, Gitlin, Subotnik, Zinder, Mintz y Bartzokis, 1994) como una variable clave para el estudio de la evolución de la esquizofrenia, pone igualmente de manifiesto su crucial importancia.

Dada la relevancia del FS, resulta de interés indagar la relación de este constructo con diversas variables que podrían incidir de algún modo en el mayor o menor

desarrollo de las dimensiones que lo conforman.

En este sentido, la *Habilidad Social* (HS) es particularmente interesante: se ha observado una alta frecuencia de limitaciones en la HS de las personas con esquizofrenia (Mueser, Bellack, Douglas y Morrison, 1991) y generalmente se ha asumido que la mejora de la HS tendría una repercusión en el FS (Anthony y Liberman 1986), asunción básica de uno de los programas más ampliamente difundidos en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia, el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS). Por su parte, Bellack, Morrison, Wixted y Mueser (1990) llegan a considerar que la correlación observada entre HS y FS es consistente con la hipótesis de que la disfunción social es resultado de déficits focales en las habilidades sociales.

En principio parece razonable esperar que las personas con mayor HS muestren a su vez un más alto FS. La relación entre estas variables, sin embargo, no está claramente establecida, existiendo una cierta confusión en la literatura como consecuencia de la complejidad de ambos constructos. Los escasos estudios que abordan específicamente la relación entre HS y FS (Bellack y cols., 1990; Mueser, Bellack, Morrison y Wixted, 1990; Halford y Hayes, 1995), muestran algunas correlaciones significativas entre ambos, si bien limitadas a algunas de las medidas de HS y a aspectos específicos del FS. Así Halford y Hayes (1995) observan correlaciones con el FS sólo en una de las medidas de HS -la Tarea de Conversar con una persona extraña (CST), focalizada en las habilidades para el inicio de conversaciones- mientras que no detectan correlación alguna entre los constructos con otras de las medidas -el Test de Interacción Social Simulada (SSIT)-.

La complejidad de estas relaciones hace necesaria la realización de nuevos estudios que permitan la acumulación de un mayor conocimiento en este ámbito, confirmando la relación entre ambos y la concreción de los aspectos más interrelacionados.

Por otra parte, la naturaleza de estos constructos, intensamente marcados por aspectos socioculturales, impiden extrapolar directamente datos obtenidos en otros contextos culturales, siendo aconsejable la realización de estudios que indaguen la relación entre ambos en nuestro propio medio cultural.

El presente estudio trata de explorar la relación entre HS, evaluada desde un nivel molar, y diversas dimensiones de FS en una población de paciente con esquizofrenia tratados en el medio comunitario.

En la evaluación del FS se ha optado por la Escala de Funcionamiento Social, un instrumento: a) que incluye diversas dimensiones de FS, b) específico para pacientes con psicosis, c) adecuado para su uso en el medio comunitario, d) con datos disponibles sobre su fiabilidad y validez (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990; Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda, 2000).

Metodología

Sujetos

Cien sujetos atendidos en centros de salud mental de distrito, propuestos para programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales y que cumplen los siguientes criterios: a) diagnóstico de esquizofrenia según criterios DSM IV, b) edad menor de 45 años, c) ausencia de deterioro cognitivo grave que limite el seguimiento de instrucciones.

Veintiuno de los sujetos (21%) son mujeres y 79 son hombres (79%), con una edad media de 29,7 años (dt=6,99, rango=17-45). La edad media de inicio de la enfermedad es de 22,1 años (dt=5,3, rango=15-44) y el tiempo medio de evolución es de 7,32 años (dt= 5,54, rango =1-22), mientras que el número medio de ingresos hospitalarios de 1,31 (dt=2,04, rango = 0-10). Otras características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas (N=100).

Instrumentos

Escala de Funcionamiento Social (SFS)

La Escala de Funcionamiento Social (Birchwood y cols., 1990), está diseñada específicamente para evaluar aquellas áreas del funcionamiento social que son más cruciales para el mantenimiento en la comunidad de las personas con esquizofrenia.

El método de evaluación utilizado se basa en la enumeración de una serie de habilidades y/o conductas sociales básicas sobre cuya presencia o frecuencia se informa, evitando, en lo posible, juicios evaluativos de los informadores. La escala cubre siete áreas: Integración/Aislamiento Social, Conducta Interpersonal, Actividades Prosociales, Ocio, Autonomía-Ejecución, Autonomía-Competencia, Empleo/Ocupación.

Permite obtener una puntuación global del funcionamiento social y siete puntuaciones relativas a cada una de las áreas. Las puntuaciones más altas indican siempre un mayor nivel de funcionamiento social.

Existen dos versiones de escala, en función de la distinta fuente de información: el/la propio/a paciente (autoinformada) o un/a informador/a-clave (heteroinformada).

Las características psicométricas han sido exploradas tanto en la versión inglesa (Birchwood y cols., 1990), como en la versión española (Vázquez Morejón y Jiménez García-Bóveda, 2000), observándose resultados que apoyan la validez y fiabilidad de la escala.

Test de Interacción Social Simulada (SSIT)

Ha sido una prueba ampliamente utilizada en investigación de HS. Se trata de una prueba de *role-playing*, estructurada y

relativamente breve. Como señalan Wessberg, Curran, Monti, Corriveau, Coyne y Dziadosz (1981), en la consideración de que los déficit en HS serían situacionalmente específicos, al elaborar el SSIT se trató de incluir escenas que fuesen representativas de los distintos tipos de situaciones interpersonales problemáticas, por lo que se basó en el análisis factorial de Richarson y Tasto (1976) sobre inventarios, cuestionarios e informes de terapias, por el que se identificaron siete dimensiones de temores sociales comunes:

1. Desaprobación o criticismo.
2. Asertividad social.
3. Confrontación y expresión de ira.
4. Contacto heterosexual.
5. Intimidad y calidez interpersonal.
6. Conflictos o rechazos de familiares.
7. Pérdida interpersonal.

El SSIT incluye escenas que cubren cada una de estas siete dimensiones, añadiéndose una última situación interpersonal problemática: Recibir cumplidos.

El formato estándar consta de una instrucción breve, en las cuales un narrador/a describe una situación, y un confederado/a presenta una frase-estímulo, a la cual debe responder el propio sujeto. En cada una de las escenas se realiza una evaluación global de la habilidad en una escala de 0-11. La puntuación media en las ocho escenas constituye la puntuación global en SSIT. En cuatro de las ocho escenas participa un confederado del mismo sexo y en las otras cuatro un confederado de sexo opuesto. Las características psicométricas están disponibles tanto en la versión inglesa (Curran, 1982) como en la española aquí utilizada (Jiménez García-Bóveda, Vázquez Morejón y Vázquez-Morejón Jiménez, 2004).

Procedimiento

A todos los pacientes propuestos para grupos de Entrenamiento en Habilidades Sociales en dos Centro de Salud Mental de Distrito y que cumplen los criterios de inclusión, se les evaluó las habilidades sociales mediante el SSIT, siguiendo el procedimiento ya señalado. Una vez finalizada la prueba anterior, se le entregó la Escala de Funcionamiento Social (SFS) en su formato heteroaplicado, solicitándoles que un familiar clave –la persona que mejor conociese su estado actual– rellenase dicha escala y una vez completada la devolviese al centro en la siguiente cita concertada. La aplicación de ambas pruebas forma parte del procedimiento habitual de evaluación en el programa de EHS de estos equipos.

Los datos correspondientes al SSIT y a la Escala de Funcionamiento Social fueron incluidos en una base de datos que, tras su unión con otra base de datos sociodemográficos y clínicos previamente disponible, se procedió a analizar mediante el paquete estadístico SPSS v.11.5

Para la exploración de las relaciones entre la Habilidad Social y el Funcionamiento Social se utilizó la correlación de *Pearson*.

Resultados

La puntuación global en HS muestra correlación significativa con el FS global, así como con las dimensiones Comunicación y Empleo, oscilando estas correlaciones entre 0,26 y 0,37 (tabla 2).

Las correlaciones obtenidas entre cada una de las puntuaciones de Habilidad en SSIT y las correspondientes a las dimensiones de SFS muestran valores que oscilan entre 0,20 y 0,39 (tabla 2). Todas las puntuaciones correspondientes a cada una de las escenas de SSIT correlacionan con la dimensión *Empleo* de SFS, observándose que tres de las ocho puntuaciones de habilidad única y exclusivamente correlacionan con esta dimensión. Asimismo, cinco de las ocho puntuaciones de SSIT muestran correlaciones con la dimensión *Comunicación* de SFS.

La Habilidad en Contacto Heterosexual (escena 4 de SSIT) y Asertividad Social (escena 2 de SSIT) muestran correlaciones más específicas, aunque de intensidad muy modesta: mientras la primera de ellas correlaciona con la dimensión *Autonomía-Ejecución* de SFS, la segunda lo hace con la dimensión *Prosocial* de SFS (tabla 2)

Tabla 2. Correlación entre puntuaciones en Habilidad de SSIT y dimensiones de SFS (N = 100).

La habilidad en interacción heterosexual (escena 4 de SSIT) es la habilidad específica que más intensamente correlaciona con el FS ($r: 0,39$).

Discusión

En términos generales los resultados confirman la existencia de una relación significativa entre *habilidad social y funcionamiento social*, indicando que las personas con mayor habilidad social tienden a mostrar niveles de funcionamiento social más elevados. Resultados similares han sido informados por diversos autores en otros contextos culturales (Bellack y cols., 1990; Mueser, Bellack, Morrison y Wixted, 1990; Halford y Hayes, 1995).

Habría que matizar, no obstante, alguna diferencia con los resultados obtenidos por Halford y Hayes (1995): estos autores, aunque encuentran relación entre ambos constructos a partir de otras medidas de Habilidad Social (HS) incluidas en su estudio, no observan correlación alguna en el caso del *Test de Interacción Social Simulada* (SSIT). Señalan estos autores, en relación a este punto, que la ausencia de correlación podría ser debida a los aspectos específicos de funcionamiento social que incluyeron en la evaluación, sugiriendo que el SSIT podría estar relacionado con aspectos del FS no evaluados en aquel estudio, como el funcionamiento en el trabajo (Halford y Hayes, 1995). Esta explicación parece consistente con los datos del presente estudio, donde observamos que todas las puntuaciones en SSIT correlacionan con la dimensión Empleo, aspecto que sí queda incluido en la Escala de Funcionamiento Social utilizada en este estudio.

Por otra parte hay que señalar que, aunque significativa, esta correlación entre

HS y FS es modesta. A la hora de enjuiciar esta limitada correlación, se hace preciso realizar algunas consideraciones teóricas:

- 1) Dada la complejidad del constructo FS, donde se incluyen áreas tan dispares como la Comunicación, el Ocio, la Autonomía, el Empleo, etc, es previsible que las habilidades sociales, por su propia naturaleza, correlacionen únicamente con algunas de estas dimensiones, debiendo tomarse en consideración otras variables implicadas en la variabilidad de los niveles de funcionamiento social: red social (Evert, Harvet, Traver y Herrman, 2003), motivación, ambientes hostiles, etc (Mueser y Bellack, 1998).
- 2) Los instrumentos de evaluación, por la delimitación de sus contenidos y por sus características metodológicas, no cubren sino aspectos parciales de uno y otro constructo, por lo que cabe esperar relaciones parciales y complejas en función de los instrumentos utilizados en los distintos estudios.
- 3) Desde un punto de vista teórico, no cabe considerar que las variaciones en HS se traduzcan directamente en cambios en FS, ya que otras variables pueden mediar o interferir en este proceso. La HS sería una variable necesaria pero no suficiente para garantizar un adecuado funcionamiento social (Hayes, Halford y Varghese, 1995).

En un análisis más específico de los datos, observamos que los resultados permiten destacar 2 dimensiones del FS relacionadas significativamente con la HS: Empleo y Comunicación. Por lo que respecta a la primera de estas, Mueser, Bella-

ck, Morrison y Wixted (1990) ya señalan al desempeño laboral y la responsabilidad en el hogar como las dimensiones más relacionadas con la Habilidad Social. En cuanto a la dimensión Comunicación, es de interés señalar igualmente la coincidencia con los resultados de Mueser y cols. (1993), quienes, utilizando igualmente *test de role-playing*, también observan correlaciones significativas entre HS global y Comunicación.

A la vista de las correlaciones observadas entre habilidades sociales específicas y dimensiones del funcionamiento social, podríamos aventurar que:

- a) Para un mejor funcionamiento en Comunicación son particularmente importantes las habilidades de Defensa Asertiva, Habilidad Heterosexual y Calidez Interpersonal.
- b) Para un mejor funcionamiento en Actividad Prosocial parecen particularmente relevantes las habilidades de Autoafirmación y Recepción de Cumplidos.
- c) Para el Empleo resulta importante una amplia gama de habilidades, que incluye las ocho habilidades interpersonales incluidas en el SSIT.

En cuanto a las limitaciones del estudio se hace necesario señalar que no debe descartarse que la propia composición de la muestra limite las posibles correlaciones existentes entre ambos constructos. Al excluirse pacientes con un mayor deterioro – por no ser susceptibles de realizar el SSIT – no podemos descartar que exista una correlación más potente, no detectada a causa de la menor variabilidad de los rangos de puntuación en una y otra prueba de evaluación en los sujetos incluidos en el estudio.

Por otra parte, es probable que el rango de dificultad en SSIT sea limitado y que una evaluación más completa de la HS, mediante otros instrumentos, mostrase correlaciones más intensas con el FS, particularmente si consideramos que los problemas de HS están dispersos a lo largo de los muchos componentes de la HS y que la etiología de las dificultades en HS es heterogénea (Mueser y cols., 1991).

Se hace preciso, por tanto:

- 1) La realización de nuevos estudios que de modo más específico indaguen en el papel de diversos componentes de las habilidades sociales en el FS; así por ejemplo la percepción social, ámbito en que se observan evidencias de relación con el FS, si bien son aún resultados que precisan confirmación (Penn, Combs y Mohamed, 2001).
- 2) La exploración de posibles correlaciones en subgrupos específicos; sería de interés, en este sentido, la exploración de posibles diferencias por género, toda vez que se han detectado diferencias en HS en algunos estudios (Mueser, Bellack, Morrison y Wade, 1990; Mueser, Blanchard y Bellack, 1995) y que a la vista de resultados en otros ámbitos, no cabe dar por sentado un igual proceso en mujeres y hombres (Mueser y Bellack, 1988).
- 3) Asimismo convendría explorar otras variables que podrían mediar la relación HS-FS: funcionamiento cognitivo, motivación, autoestima, etc.

Una posibilidad señalada por Halford y Hayes (1995) es que la correlación entre ambos constructos sea consecuencia de la propia sintomatología. Sin embargo, los

resultados aportados por estos autores descartan dicha posibilidad, hallazgo éste que sería de interés replicar en nuestro contexto cultural.

Como conclusión, podemos afirmar que los resultados:

- a) Confirman la relación entre Habilidad Social y Funcionamiento Social, apoyando la afirmación de Hayes y cols. (1995) respecto a que bajos niveles de habilidad social covarían con pobre funcionamiento social.
- b) Son consistentes con las hipótesis del modelo de vulnerabilidad-estrés que afirma que las personas con esquizofrenia, adecuadamente medicadas, funcionarían más efectivamente y se mantendrán en la comunidad si tienen un mayor nivel de competencia interpersonal (Lieberman y Mueser, 1988).
- c) Aunque no confirman la significación funcional o clínica del EHS, sí son consistentes con la asunción de estos programas: una mayor habilidad social guarda relación con un mayor FS, de forma que la mejora de la competencia social mediante el entrenamiento en habilidades sociales puede trasladarse a un funcionamiento más adaptativo en la comunidad (Bustillo, Lauriello, Horan y Keith, 2001).

En cualquier caso, es preciso señalar la limitada influencia de la HS y la necesidad de indagar en el papel de otras variables – motivación, psicopatología, apoyo social, etc.- que puedan estar implicadas en la variabilidad del FS, conocimiento que puede contribuir al diseño de intervenciones psicológicas más eficaces y a la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por esquizofrenia.

Referencias

- Anthony, W.A. y Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Bailer, J., Bräuer, W. y Rey, E.R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 368-377.
- Bellack, A.S., Morrison, R.L., Wixted, J.T. y Mueser, K.T. (1990). An análisis of social competence in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 809-818.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W. y Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 163-175.
- Curran, J.P. (1982). A procedure for the assessment of social skill: The Simulated Social Situation Interaction Test. En J.P. Curran, P.M. Monti (Eds.), *Social skill training: A practical handbook for assessment and treatment* (págs. 348-373). Nueva York: Guilford.
- Evert, H., Harvey, C., Traver, T. y Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (4), 180-188.

- Haldford, W.K. y Hayes, R.L. (1995). Social skills in schizophrenia: Assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 14-19.
- 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.
- Jiménez García-Bóveda, R., Vázquez Morejón, A.J. y Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Test de Interacción Social Simulada (SSIT): características psicométricas en una muestra de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psicología de la Salud* (en prensa).
- Johnstone, E.C., MacMillan, J.F., Frith, C.D., Benn, D.K. y Crow, T.J. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182-189.
- Jonsson, H. y Nyman, A.K. (1991). Predicting long-term outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 342-346.
- Kuipers, L. y Bebbington, P. (1985). Relatives as a resource: the management of functional illness. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 465-470.
- Liberman, R.P. y Mueser, K.T. (1988). Psychosocial treatment of schizophrenia. En S. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (págs. 792-805). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Mueser, K.T. y Bellack, A.S. (1998). Social skills and social functioning. En K.T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (págs. 79-96). Boston: Allyn and Bacon.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Morrison, R.L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167-176.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L. y Wade, J.H. (1990). Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 138-147.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Morrison, R.L. y Wixted, J.T. (1990). Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skill, and domains of functioning. *Journal of Psychiatry Research*, 24 (1), 51-63.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Wade, J.H., Sayers, S.L., Tierney, A. y Haas, G. (1993). Expressed emotion, Social Skill, and response to negative affect in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (3), 339-351.
- Mueser, K.T., Blanchard, J.J. y Bellack, A.S. (1995). Memory on social skill in schizophrenia: the role of gender. *Psychiatry Research*, 57, 141-153.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-311.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L., Snyder, K.S., Mintz, J. y Bartzokis, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 382), 58-64.
- Penn, D.L., Combs, D. y Mohamed, S. (2001). Social cognition and social functioning in schizophrenia. En P.W.

- Corrigan y D.L. Penn (Eds.), *Social Cognition and Schizophrenia* (págs. 97-121). Washington: American Psychological Association..
- Peralta, V., Cuesta, M.J. y de León, J. (1994). An empirical análisis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: A four-syndrome model. *Biological Psychiatry*, 36, 726-736.
- Richarson, F.C. y Tasto, D.L. (1976) Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- Strauss, J.S., Kokes, R.F., Klorman, R. y Sacksteder, J.L. (1977). Premorbid adjustment in schizophrenia: Concepts, measures, and implications: I. The concept of premorbid adjustment. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 182-185.
- Vázquez Morejón, A.J. y Jiménez García-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: New contribution concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93, 247-256.
- Wessberg, H.W., Curran, J.P., Monti, P.M., Corriveau, D.P., Coyne, N.A. y Dziadosz, T.H. (1981). Evidence for the external validity of a social simulation measure of social skills. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 209-220.
- Wykes, T. (1998). Social functioning in residential and institutional settings. En K.T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (págs. 20-38). Boston: Allyn and Bacon.
- Wykes, T., Sturt, E. y Creer, C. (1982). Practices of day and residential units in relation to the social behaviour of attenders. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 2, 15-27.