

LAS HABILIDADES SOCIALES Y SU ENTRENAMIENTO: UN ENFOQUE NECESARIAMENTE PSICOSOCIAL

Anastasio OVEJERO BERNAL

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.

RESUMEN

Se pretende en este artículo mostrar la necesidad de una perspectiva psicosocial en el estudio de las habilidades sociales y su entrenamiento. En este terreno se hace absolutamente imprescindible la colaboración entre la psicología clínica y la psicología social, con una muy fuerte presencia de la psicología social dado que son destrezas sociales principalmente psicosociales lo que hay que entrenar y relaciones interpersonales lo que hay que mejorar, ya que la premisa fundamental que subyace a las teorías sobre el entrenamiento de las habilidades sociales es justamente que la mayoría de los problemas psicológicos y de conducta de la gente no son sino la consecuencia de no poseer o de poseer de una forma insuficiente o inadecuada determinadas destrezas sociales e interpersonales. De ahí que la psicología social haya estado presente en este movimiento, y lo siga estando, ya desde sus orígenes y con un carácter realmente protagonista, como en este trabajo intentamos mostrar.

Palabras clave: Habilidades sociales, Entrenamiento de las habilidades sociales, psicología social, Psicología clínica.

ABSTRACT

Social skills training: a necessarily psychosocial approach.- In this paper we pretend to show the need of a psychological approach to study the social skills and their training. The collaboration between clinical and social psychology will be necessary in this field, since social are the skills to be trained and interpersonal the relationships to be improved. In fact, social psychology has played an important role in the study of social skills from the beginning, as we also try to show in this article.

Key words: Social Skills, Social Skills Training, Social Psychology, Clinical Psychology.

LAS HABILIDADES Y SU
ENTRENAMIENTO: CAMPO DE
ENCUENTRO ENTRE LA PSICOLOGIA
SOCIAL Y LA PSICOLOGIA CLINICA

En ciertos ámbitos académicos e incluso profesionales se sigue discutiendo acaloradamente si el campo de las habilidades sociales y su entrenamiento es competencia de la psicología clínica o lo es de la psicología social. En mi opinión se trata de una discusión bizantina. Y es así porque resulta difícil, por no decir imposible, estudiar este campo si no es de una forma totalmente interdisciplinar, donde la psicología social y la psicología clínica por necesidad deben colaborar estrechamente. En efecto, el hombre es un animal *social*, pero con un mayor protagonismo de lo social sobre lo animal, hasta el punto de que cada vez va siendo menos animal y en la medida en que es más animal es también menos social, es decir, menos hombre. De ahí que las relaciones del hombre con otras personas sea el origen de su más profundas satisfacciones y también de sus más profundas desdichas. En consecuencia, si tan importantes son en el género humano la faceta social y las relaciones interpersonales, no debe extrañar a nadie que un objeto fundamental de las ciencias psicológicas y de las ciencias de la salud sea precisamente mejorar las capacidades del ser humano para desenvolverse con eficacia en su ambiente social, es decir, mejorar las llamadas habilidades o destrezas sociales. Es más, estas habilidades sociales son justamente un nexo crucial entre la psicología social y la psicología clínica, ya que, como señala Argyle (1984, pp. 14-15), "muchas personas son solitarias e infelices y algunas son enfermos mentales debido a que son incapaces de establecer y mantener relaciones sociales con otros. Muchos encuentros cotidianos son desagradables, embarazosos o infructuosos debido a un com-

portamiento social inadecuado. Los conflictos entre diferentes clases sociales y diferentes grupos culturales se deben en parte a las dificultades de interacción. Muchas de estas dificultades y frustraciones podrían eliminarse mediante un entendimiento más amplio y un mejor adiestramiento en las habilidades de la interacción social", lo que sólo podrá hacerse de una forma satisfactoria si existe una estrecha colaboración entre la psicología clínica y la psicología social. Se trata, pues, de un campo de unión entre la psicología social y la terapia del comportamiento, basado obviamente, en las leyes del aprendizaje, particularmente del aprendizaje social, con lo que se refuerzan las relaciones entre ambas áreas. pero tales relaciones son complejas, ya que unos autores (por ejemplo Argyle) ponen más énfasis en el enfoque *interpersonal* y son más psicólogos sociales, mientras que otros (por ejemplo Curran) ponen más énfasis en la terapia del comportamiento y son más clínicos conductuales.

En todo caso, "el entrenamiento de las habilidades sociales puede ser descrito como una forma de intervención psicológica basada en temas dispuestos de antemano o secuencias de temas diseñadas para mejorar el funcionamiento interpersonal de la población a tratar" (L'Abate y Milan, 1985, p. XII). Como vemos, esta definición subraya esa intersección de que hablábamos entre la psicología social y la terapia de conducta, al reconocer que la mayoría de los déficits en las habilidades comportamentales son *déficits interpersonales* y, en consecuencia, estos déficits se manifestarán interpersonalmente (hasta aquí psicología social). De ahí la necesidad de *entrenar* a la gente (individuos, grupos de individuos, parejas, grupos de parejas, familias o grupos de familias) a aprender nuevas habilidades, esperándose que el aprendizaje de las nuevas habilidades interfiera con las viejas e inadecuadas, y

lleve a la práctica de las habilidades nuevas y más adecuadas (hasta aquí terapia conductual).

Así pues, existe una fuerte yuxtaposición o solapamiento entre la psicología social y las ciencias de la salud, incluidas, claro está y de forma preferencial, la psicoterapia y la terapia conductual (véase Ovejero, 1987). Pues bien, un ejemplo privilegiado de tal solapamiento es precisamente el de las habilidades sociales (su evaluación, las consecuencias a que su presencia o ausencia dé lugar, su entrenamiento, etc.). Y es que el análisis y estudio de las conductas interpersonales es un claro terreno *psicosocial*. Pero a su vez, es algo tan central en el hombre que su ausencia o su déficit acarrea múltiples y serios problemas de ajuste psicológico, lo que conlleva innumerables trastornos tanto físicos como psíquicos de muy diferente orden, lo que implica la exigencia de que también intervenga la psicología clínica, y es que el objetivo del entrenamiento de las habilidades sociales es la mejora de los problemas interpersonales reales del cliente a través de la enseñanza y la potenciación de sus destrezas sociales, lo que, como ya hemos dicho, exige la colaboración entre la psicología social y la psicología clínica (1), colaboración que también es subrayada por Kelly, quien afirma explícitamente (1987, p. 12) que "el entrenamiento de las habilidades sociales tiene por objetivo ampliar el repertorio de competencias conductuales a través de una variedad de situaciones, como parte del proceso interactivo en el cual los individuos se sienten cómodos tanto consigo mismos como en su relación con los demás".

Por otra parte, un psicólogo no social

como es Carrolles (1988) comienza su prólogo al libro de Vicente Caballo (1988) sobre las habilidades sociales resaltando la importancia de la psicología social para la salud y la enfermedad psíquicas cuando dice (p. IV): "No hay problema psicológico, por simple o complejo que éste sea, que no lleve asociadas dificultades, por parte de las personas que lo padecen, para relacionarse de forma apropiada con los demás; es decir, que no comporte déficits en habilidades sociales", es decir, que no sea, en mayor o menor medida, *psicosocial* e interpersonal.

PAPEL DE LA PSICOLOGIA SOCIAL EN EL ORIGEN Y DESARROLLO DEL MOVIMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Incluso en los orígenes más remotos del movimiento de las habilidades sociales el papel de la psicología social fue ya de auténtico protagonismo. Tales orígenes pueden remontarse incluso a los años 30 (véase Phillips, 1985), cuando, sobre todo desde la psicología social, se estudiaban diversos aspectos de la conducta social en niños, aspectos que hoy día podríamos muy bien considerarlos dentro del campo de las habilidades sociales. Así, Williams (1937) estudió el desarrollo social de los niños, identificando ya lo que hoy se llama *asertividad* (búsqueda de la aprobación social, ser responsable, simpático, etc.) y su gran influencia sobre la conducta social de los niños. También el clásico "*Handbook of Social Psychology*" de Murphy, Murphy y Newcomb (1937), al estudiar la conducta social en los niños, ya se distinguía entre dos clases de asertividad: una socialmente asertiva

(1) No olvidemos que una de las principales y más conocidas revistas en el área de psicología social ha sido la "*Journal of Abnormal and Social Psychology*", ahora llamada "*Journal of Personality and Social Psychology*", revista que ya

en su título refleja la relación entre ambas áreas. Otras revistas reflejan también esa intersección: "*British Journal of Social and Clinical Psychology*", "*British Journal of Personality and Social Psychology*", etc.

y otra socialmente molesta y ofensiva. Igualmente debemos tener presente el trabajo de Jack (1934) sobre la conducta ascendente en niños de preescolar, o el de Page (1936) ampliando el de Jack. No obstante, estos estudios eran excesivamente mentalistas o cognitivistas en el sentido de que explicaban la conducta social de los niños mediante variables internas, dando un papel secundario a las ambientales, aunque al menos ya las tenían en cuenta. El mismo enfoque subyacía a los libros de psicología infantil de los años 40 y 50 (Anderson y Anderson, 1954; Carmichael, 1954; Morgan, 1942; Thompson, 1952, etc.).

Posteriormente fueron principalmente los teóricos neofreudianos como Sullivan, Horney, Adler, White, etc., pertenecientes todos ellos de una forma clara al psicoanálisis social (véase Munné, 1989), quienes, al disentir fuertemente del énfasis instintivista de Freud, siguieron, como subraya Kelly (1987), un modelo interpersonal de la personalidad y de las habilidades sociales. Así, ya Sullivan afirmaba que eso que llamamos "personalidad" solamente existe y puede definirse en el contexto de las relaciones interpersonales: En la medida en que un individuo interactúe satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más "feedback" social positivo y llegará a calificar de forma positiva su propio yo (Sullivan, 1953). En cambio, cuando las relaciones con otras personas significativas se caracterizan por la ansiedad, la frustración de necesidades o el "feedback" negativo, la autoevaluación del individuo será, en consecuencia, negativa, distorsionada y regresiva. Por tanto, constructos tales como la autoestima o el autoconcepto están determinados por las relaciones y el "feedback" interpersonales que un individuo recibe en el curso de su desarrollo.

También el enfoque teórico de Horney de la personalidad relaciona el ajuste con el funcionamiento interpersonal: la inseguri-

dad social de un niño en edad temprana produce perturbaciones duraderas en las interacciones sociales posteriores de esa persona (véase Horney, 1945).

De forma parecida, la teoría de la personalidad de Adler hace hincapié en la relación entre experiencias tempranas perjudiciales (incluidos los mismos excesivos o la desatención por parte de los padres, las inferioridades físicas o emocionales, y la falta de contacto con los hermanos) y la correspondiente perturbación del funcionamiento social posterior (véase Adler, 1931).

"Estas teorías proporcionan un nexo descriptivo entre las relaciones sociales tempranas y la personalidad. Pero aunque Sullivan, Adler y Horney describen con elocuencia los aspectos desadaptativos o deficitarios del funcionamiento social del cliente, cada teórico considera la conducta interpersonal actual como sintomática o secundaria de un trastorno evolutivo más básico, que normalmente tiene sus raíces en la ausencia de relaciones padres-hijo. En consecuencia, la terapia basada en estas teorías tradicionales de orientación interpersonal se dirige a la reconstrucción analítica interpretativa de las experiencias tempranas y no se centra directamente en enseñar al cliente nuevas competencias sociales. Además el funcionamiento social del cliente se describe habitualmente en términos imprecisos y de rasgos (por ejemplo, las descripciones que Horney hace de las orientaciones interpersonales de aproximación hacia, de alejamiento de, o en contra de otras personas). Pero es posible concebir el ajuste psicológico de otra manera: el buen funcionamiento social sería un prerrequisito para el ajuste, más que su consecuencia..." (Kelly, 1987, pp. 27-28). En todo caso, estos trabajos de Sullivan, Horney o Adler, constituyen ya un importante peldaño en el campo de las habilidades sociales, peldaño en cuya construcción la psicología social fue un elemento de primer orden.

Aunque no es mi intención restar importancia a la influencia que clínicos no sociales como Salter (1949), Wolpe (1958) o Lazarus (1966, 1971) tuvieron en el origen del movimiento de las habilidades sociales, sí quisiera subrayar los trabajos de Zigler y Phillips (1960, 1961, 1962; Phillips y Zigler, 1961, 1964) sobre "competencia social", ya que también ellos muestran el interés de la psicología social en este campo, al demostrar la importancia de las relaciones interpersonales y del apoyo social para los trastornos psiquiátricos, encontrando que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados en un hospital, menor es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída. Más en concreto, el nivel de competencia social anterior a la hospitalización era mejor predictor del ajuste post-hospitalización que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo particular de tratamiento recibido en el hospital.

Antes aún de Zigler y Phillips, los estudios llevados a cabo en Stanford, Connecticut y en St. Paul, Minnesota (Buell et al., 1952, etc.) mostraron que la pobreza, la enfermedad mental, la desorganización familiar, la salud física, el abuso de los niños y otras señales de desorganización social van unidos, junto con una serie de problemas económicos y de desempleo crónico. Esta constatación de que una mala o deficiente integración social tiene importantes y variados efectos para la salud había sido anticipada ya por Holmes et al. (1957), al estudiar las causas sociales de la tuberculosis. "En estos y otros estudios en los que la desorganización social lleva a multitud de enfermedades, problemas económicos y desajustes personales, puede haber una causa común que sería la falta de habilidades sociales" (Phillips, 1985, p. 12). En línea con ello, ya hace mucho tiempo que se viene estudiando la falta de apoyo social como fuente de problemas de salud tanto psíquica como

física (véase Ovejero, 1987, Cap. 5; 1990), y desde luego que es la falta de apoyo social continuada una de las principales causas de unas deficientes habilidades sociales en los individuos.

Por otra parte, en los años 50 se observó un aumento del interés por el tema de las habilidades sociales y su entrenamiento en el campo de la psicología social y del trabajo y, más en concreto, en relación con la supervisión de grupos de trabajo. En efecto, durante los primeros años 50 se llevaron a cabo en la Universidad de Michigan algunos estudios de campo que mostraban ciertos aspectos del estilo más eficaz de supervisión laboral (Likert, 1961). Estos estudios fueron ampliamente repetidos en muchas partes del mundo y fueron rápidamente incorporados a cursos de entrenamiento (Argyle, 1980). La consecuencia fue que las habilidades de supervisión cambiaron en gran parte del mundo occidental.

Más tarde se fueron estudiando y entrenando las habilidades en enseñanza, habilidades que llegaron a recibir más atención aún que las de supervisión (Dunkin y Biddle, 1974), plasmándose en lo que luego se llamó "microenseñanza", que no es sino la capacitación profesional de los profesores a través de la práctica programada de las habilidades que necesitan para desempeñar adecuadamente sus tareas (véase Gil y Sarriá, 1985). Es más, en el campo educativo, las habilidades sociales han sido estudiadas e implementadas no sólo a nivel de entrenamiento de los profesionales de la enseñanza, sino también a nivel de los estudiantes, dada su enorme importancia para una serie de variables educativas de primerísimo orden como son el propio rendimiento académico, la autoestima, etc. Pues bien, también aquí la relevancia de la psicología social ha sido básica ya que tales estudios se han basado primordialmente en el análisis y entrenamiento de la interacción social, pues

como dicen Michelson et al (1987, p. 73), "cuando hablamos de habilidades sociales eficaces nos referimos a repertorios de comportamientos sociales que, cuando se utilizan en la interacción social, tienden a provocar reforzamiento positivo y, generalmente, dan como resultado consecuencias positivas. La adquisición de habilidades sociales prepara al individuo para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana. De esta forma la enseñanza de habilidades sociales es, en esencia, un programa ideado para enseñar y mejorar, tanto implícita como explícitamente, las habilidades interpersonales y de comunicación", habilidades estas absolutamente centrales en educación tanto para la eficacia profesional del profesor como para el buen funcionamiento del grupo-clase, sobre todo cuando al enseñanza está estructurada cooperativamente.

A este nivel educativo, sabemos que los niños que son rechazados o ignorados por sus compañeros pueden ser privados de un gran número de importantes experiencias que inciden en algunos aspectos del desarrollo. Entre las alteraciones más comunes podemos citar el desarrollo de una inapropiada asertividad (Whitman et al., 1970), un pobre rendimiento académico (Buswell, 1953), alteraciones de la personalidad (Cohen et al., 1973; Roff et al., 1972) y unas inadecuadas competencias sociales (Hartup, 1978; O'Conner, 1972). De otro lado, varios investigadores (Asher, Oden y Gottman, 1977; Combs y Slaby, 1977) han sugerido que algunos niños son incapaces de ganarse la aceptación de sus compañeros porque presentan unas inadecuadas habilidades sociales. Se ha encontrado, por ejemplo, que los déficits en habilidades de comunicación suelen asociarse a índices de bajo status sociométrico (Gottman et., 1975; Ladd, 1981; Minhin et al., 1976).

Además, mientras avanzaba el conoci-

miento sobre habilidades sociales particulares, se llevaban a cabo importantes investigaciones de laboratorio sobre los procesos básicos de interacción social, que a fin y al cabo es la base de las habilidades sociales. Así en Oxford se llegó a la formulación de un modelo de competencia social que se basaba en las similitudes entre la conducta social y la ejecución de habilidades motoras (Argyle y Kendom, 1967). Más tarde se incorporó a este modelo la importancia de las señales no verbales (Argyle, 1975), etc. Todo ello muestra, una vez más, el indiscutible protagonismo que la psicología social debe jugar en el campo de las habilidades sociales y su entrenamiento. Pero si el estudio de las habilidades sociales y su entrenamiento nunca ha sido ajeno a la psicología social, menos ajeno aún lo es actualmente. En efecto, "el desarrollo del niño y las conductas prosociales de los niños, en relación a las habilidades sociales, es un campo nuevo, aunque, como hemos visto, posee un glorioso pasado" (Phillips 1985, p. 17). Es decir, que cada vez se incorporan más variables sociales al terreno de las habilidades sociales, como es el caso, por ejemplo, de la conducta prosocial (véase Michelson et al., 1987; Goldstein et al., 1989, etc.), variable estudiada típicamente por la psicología social.

Pero el futuro del movimiento de las habilidades sociales se presenta aún más social. "La última tendencia que afecta a la investigación y entrenamiento de las habilidades sociales, ahora apenas emergiendo, puede ser más influyente en el futuro que ahora, es más una perspectiva que una realidad: la matriz social más que las cogniciones individuales será el objeto de la investigación, permitiéndonos entender mejor el ambiente social compartido y los elementos básicos de la conducta social. Ello puede fomentar el progreso en la labor preventiva y tratar al paciente o al cliente clínico no

como un caso de anormalidad y psiquiátrico sino como un ejemplo de influencia social y de un entrenamiento erróneo de sus habilidades, derivado en gran medida de un ambiente social insano y nocivo" (Phillips, 1985, pp. 17-18). En ese sentido, cabría recordar que justo el ambiente cooperativo es un ambiente social no insano ni nocivo, sino por el contrario el más idóneo para el desarrollo de unas adecuadas habilidades sociales (véase Ovejero, 1990b). Ello se observa también claramente en algunas de las más importantes publicaciones en este área en los últimos años (L'Abate, 1982; Singleton et al., 1980; L'Abate y Milan, 1982, 1985). "A medida que en adelante el movimiento de las habilidades sociales vaya echando raíces, habrá que esperar más de dichas publicaciones, hasta el punto de que las habilidades sociales se conviertan en una parte integral de la clínica, la terapéutica y la psicología social" (Phillips, 1985, p. 18).

En suma, si la psicología aplicada difícilmente puede sustraerse a la influencia de la psicología social, menos aún el área de las habilidades sociales, que es justamente un punto privilegiado de encuentro entre la psicología clínica y la psicología social, con la intervención también de otros campos como la psicología evolutiva.

DIFERENCIAS BASICAS ENTRE EL ENFOQUE CLINICO Y EL ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y SU ENTRENAMIENTO

El hecho de que no hace mucho Hollin y Trower (1986) publicaran un importante libro sobre las habilidades sociales y su en-

trenamiento bajo el título de *Handbook of Social Skills Training* precisamente en la *International Series in Experimental Social Psychology*, no es algo aislado, sino que prácticamente desde el origen del movimiento de las habilidades sociales, como hemos mostrado en el apartado anterior, está presente, de una u otra manera, la psicología social en este movimiento, sobre todo en su vertiente europea y, más en concreto, británica. "De esta manera, mientras que en Norteamérica el entrenamiento de las habilidades sociales está firmemente enraizado en la psicología clínica y de consulta, en Inglaterra y en Europa la investigación sobre las habilidades sociales le debe más a la psicología ocupacional y a la psicología social. Estos diferentes orígenes aún se reflejan en el trabajo hecho por los investigadores de las habilidades sociales a ambos lados del Atlántico" (Furnham, 1985, p. 555), lo que no debería extrañarnos ya que, como señala el psiquiatra inglés David H. Clark (1974, p. 133), "en Inglaterra los psicólogos clínicos no han jugado un papel notable en la terapia social excepto como científicos sociales".

En definitiva, la diferencia en perspectiva entre la teoría y la investigación norteamericanas y europeas en entrenamiento de las habilidades sociales puede encontrarse en sus diferentes historias del desarrollo del propio concepto. Así, mientras que la línea americana proviene fundamentalmente del trabajo de terapeutas de los años 50, como por ejemplo Wolpe (1958) y de los estudios sobre competencia social en los años 60 (Phillips y Zigler, 1961; Zigler y Phillips, 1960, 1961, 1962) (2), la investigación europea tuvo un origen completamente dife-

(2) No olvidemos que Phillips y Zigler publicaron todos estos trabajos en una revista que a la vez era clínica y de psicología social, la *Journal of Abnormal and Social Psychology*, con un fortísimo peso en ella de la psicología social, y que encontraron, en línea con lo que por aque-

llos años afirmaba el sociólogo/psicólogo social Goffman (1961) en su *Asylums*, que cuanto mejor era la competencia social de los pacientes psiquiátricos más probable, rápida y adecuada era su recuperación de desórdenes como la esquizofrenia.

rente, en la ergonomía y en la psicología social. Más en concreto, "el concepto moderno de habilidad social tomó su sentido de un trabajo de Crossman (1960) sobre los operadores de las fábricas automatizadas... Muchos de los conceptos formulados en el curso de los primeros trabajos sobre ejecución senso-motora y procesamiento de la información parecerían tener estrechas analogías en las situaciones sociales... El mérito de la expansión de la habilidad social desde una idea a una importante área de investigación se debe a Argyle (1967), que colaboró con Crossman en llevar a cabo un gran proyecto de investigación mientras estaban los dos en oxford y que con sus colaboradores jugó un papel esencial en el desarrollo del área" (Welford, 1981, pp. 847-848) (3).

En resumidas cuentas, parece ser que en el campo de las habilidades sociales los investigadores ingleses y los americanos han adoptado diferentes paradigmas (4). En concreto, Ellis y Whittington (1981) hablan de cuatro enfoques o "paradigmas" para la adquisición de las habilidades sociales, paradigmas que ellos llaman "condicionamiento", "cibernético", "experiencial" y "teleológico". Pues bien, "está totalmente claro que el entrenamiento de habilidades sociales americano se inclina más por el paradigma del condicionamiento conductista, mientras que el inglés, y en menor medida el europeo, se inclina más bien por un enfoque más cibernético, cognitivo. Con la llegada de la "revolución cognitiva" a la psicología social americana esta diferencia puede reducirse" (Furnham, 1985, p. 556).

Por otra parte, Furnham (1985) incluye las principales diferencias entre el enfoque clínico y el psicosocial en el campo del entrenamiento de las habilidades sociales en estos dos apartados:

a) *Asertividad versus formación de relaciones amistosas*: tal vez sea ésta la diferencia más obvia entre ambos enfoques: para los americanos asertividad es incluso sinónimo de habilidad social (Gambrill, 1977), habiéndose hecho un gran esfuerzo para construir instrumentos que midan esa asertividad (Hersen y Bellack, 1976), existiendo muchos libros de divulgación sobre asertividad (por ejemplo, Bower y Bower, 1976; Baer y Fensterheim, 1987; Smith, 1987, etc.). Sin embargo, los ingleses se han ocupado sobre todo del desarrollo de relaciones de amistad como reflejo de su enfoque más psicosocial e interpersonal que meramente clínico: "El relativo olvido de la asertividad como tema de investigación entre los investigadores ingleses de las habilidades sociales ha sido compensado por un gran interés en la formación de las relaciones de amistad y de la atracción interpersonal" (Furnham, 1985, p. 557). Así, para Trower, Bryant y Argyle (1978) el rechazo y el aislamiento sociales así como las dificultades o la incapacidad para hacer amigos es un componente fundamental de la habilidad social. Como dice Cook (1978, p. 320), "existen elementos más importantes para la atracción que las variables tradicionalmente consideradas importantes por los psicólogos, como la similitud o la complementariedad de personalidad, la inteligencia,

(3) Recuérdese que Crossman es un psicólogo del trabajo y que Argyle es un psicólogo social. De ahí la importancia de la psicología social en el origen de este movimiento de las habilidades sociales en Europa y más en concreto en Gran Bretaña.

(4) Claramente se observa una curiosa paradoja: los europeos son internalistas y se fundamentan en

la psicología social, mientras que los americanos son externalistas y clínicos. Sin embargo, esta aparente paradoja no lo es tanto si tenemos en cuenta que los americanos son conductistas mientras que los europeos son más bien cognitivistas.

las actitudes, la procedencia social, la proximidad o que aquellas variables consideradas importantes por el lego en la materia, como la apariencia o el dinero. Estas pueden perfectamente ser condiciones necesarias, pero no son suficientes -ser similar, guapo, rico o estar disponible no garantiza la amistad o el amor de una persona". Y es que para hacer amigos y para mantenerlos, la gente, además de atractiva, rica, etc., debe también poseer las habilidades sociales necesarias. Y estas habilidades, como cualquier otra habilidad, se pueden enseñar y se pueden aprender. En línea con ello, el propio Argyle (1978) subraya que los clientes que solicitan un entrenamiento en habilidades sociales suelen tener pocos amigos.

En conclusión, mientras que para los investigadores americanos la falta de asertividad es vista con frecuencia como un índice de inadecuación social, en Inglaterra es más bien el no tener amigos y las dificultades para la formación de relaciones de amistad (Furnham y Bochner, 1982; Trower et al., 1978, etc.), lo que manifiesta esa inadecuación social. Sin embargo la diferencia no es radical. No todos los psicólogos ingleses que estudian la atracción interpersonal y la formación de relaciones de amistad se encuadran en el movimiento de las habilidades sociales. Además, también existen psicólogos americanos que, dentro del movimiento de las habilidades sociales, se preocupan por la atracción interpersonal, como por ejemplo los que trabajan en el campo de las habilidades heterosexuales (Curran, 1977; Twentyman, Boland y Mc Fall, 1981; D'Angelli y D'Angelli, 1985, etc.).

b) *Enfoque clínico versus enfoque psicossocial*: ya hemos dicho que la principal diferencia entre los psicólogos americanos y los ingleses en el campo de las habilidades sociales y su entrenamiento es el hecho de que aquéllos se basan en la psicología clínica y éstos en la psicología social. Pero

esa diferencia general conlleva otras muchas diferencias, tanto teóricas como aplicadas, entre las que se encuentran las siguientes:

- Aunque probablemente sea una exageración, particularmente si consultamos por ejemplo los trabajos de Hersen, Bellack y otros investigadores de la Universidad de Pittsburgh, parece que, en general, la investigación inglesa se ha concentrado particularmente en la conducta no verbal y en aspectos de la interacción verbal, más bien que, como hacen los americanos, en formas de conducta más toscas o en informes subjetivos de sentimientos, percepciones, etc. (Argyle et al., 1972; Trower, 1980).
- En general, los investigadores ingleses han utilizado con más frecuencia que los americanos muestras no psiquiátricas (Bryant y Trower, 1974; Furnham y Henderson, 1981, etc.).
- En tercer lugar, mientras que en los Estados Unidos el entrenamiento de las habilidades sociales suele aplicarse principalmente a problemas clínicos (esquizofrenia, delincuencia, alcoholismo, etc.), en Inglaterra se ha aplicado sobre todo al campo laboral (Argyle, 1974, 1981). De hecho, para Argyle, el propósito principal del entrenamiento de las habilidades sociales es justamente el entrenamiento de directivos en la industria y de profesores, o sea, que el campo más genuino para la aplicación del entrenamiento de las habilidades sociales es, para Argyle en particular y para los ingleses en general, la industria y la educación.

Como hemos visto, pues, la psicología social ha sido y sigue siendo muy influyente tanto en el surgimiento como en el

desarrollo del movimiento de las habilidades sociales y su entrenamiento. El entrenamiento de las habilidades sociales exige una colaboración estrecha entre la psicología clínica y la psicología social, dándose de hecho tal colaboración, aunque con un protagonismo mayor de la primera sobre la segunda en América y de la segunda sobre la primera en Europa. Algo parecido ocurre también en nuestro país donde también el tema de las habilidades sociales es trabajado tanto por psicólogos sociales (Blanco, 1981; Gil, 1980, 1981, 1984, etc.), como por psicólogos clínicos (Caballo, 1988, etc.), pero concediendo todos ellos una gran relevancia a la psicología social, como hemos visto en los casos de Carrolles o de Caballo, psicólogos clínicos ambos.

Y es que, como también hemos dicho ya, la necesidad de la contribución de la psicología social en este campo se encuentra ya en la propia definición de habilidad social. En efecto, "cuando hablamos de habilidad, sea cualquiera el calificativo que le añadamos, estamos hablando de la posesión o no posesión de ciertas capacidades y aptitudes necesarias para cierto tipo de ejecución. Si, como en nuestro caso, hablamos de habilidades sociales, estamos poniendo límites muy precisos a esas capacidades, y esos límites serían los relacionados con la actividad social en general, con la conducta social en sus múltiples manifestaciones. Desde una primera perspectiva, la habilidad social es la capacidad que un individuo posee para ejecutar acciones sociales" (Blanco, 1981, p. 667). Ahora bien, aunque el concepto de *acción social* es muy vago e impreciso, podemos identificarlo con *interacción*, que sería precisamente el objeto de la psicología social (véase Ovejero, 1988, Vol. I, Cap. 1). "Desde este punto de vista, el concepto de habilidad social tiene como denominador común la conducta interactiva y, en una primera aproximación conceptual a su defini-

ción, podríamos hablar de habilidad social como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás" (Blanco, 1981, p. 568), lo cual exige captar y aceptar el rol del otro. Y es que para Secord y Backman (1976, p. 407), la habilidad social es capacidad de desempeñar el rol, o sea, de cumplir fielmente con las expectativas que los otros tienen respecto a alguien como ocupante de un status en una situación dada. Ello está muy relacionado con la definición de Weiss (1968) de la habilidad como aquella que contribuye a un mutuo entendimiento y comprensión entre dos interlocutores. De alguna manera, habilidad social viene a identificarse con competencia y efectividad en las relaciones sociales, en cualquier ámbito interpersonal (trabajo, relaciones heterosexuales, etc.).

Ahora bien, la importancia de estos temas hoy día es obvia si entendemos la habilidad social como hacían Secord y Backman, como capacidad de desempeñar un rol, ya que cada vez resulta más difícil y complejo desempeñar en nuestra sociedad los roles tanto sociales como sexuales. En épocas anteriores, cuando los roles de interacción prescritos para los individuos estaban relativamente claros, no eran ambiguos, el número de sistemas sociales con los que estaba obligado a interactuar un individuo era pequeño, las experiencias sociales con la familia, los grupos de iguales y los modelos adultos proporcionaban las influencias evolutivas suficientes. Sin embargo, a causa de la expansión de los roles en la sociedad actual, con una clara tendencia a un mayor igualitarismo en las relaciones maritales, escolares y laborales, y con normas cambiantes sobre la conducta interpersonal aceptable, existe una cada vez mayor conciencia de la necesidad de desarrollar una mayor faci-

lidad en los intercambios sociales. Desgraciadamente, como subrayan Eisler y Frederiksen (1980, p. 4), nuestras universidades y nuestras escuelas secundarias y profesionales se han centrado casi exclusivamente en la enseñanza de un número prácticamente infinito de habilidades técnicas (matemáticas etc.), que no preparan necesariamente a los individuos para funcionar con eficacia en sus relaciones con los otros. Este énfasis técnico ha dado por resultado unos padres que no saben cómo relacionarse positivamente entre sí ni con sus hijos, y unos médicos, abogados y otros profesionales que no saben cómo dirigir con eficacia las actividades de sus empleados. Todo ello indica claramente la necesidad de mejorar las habilidades sociales de muy diversas poblaciones de profesionales y de no profesionales.

HABILIDADES SOCIALES Y CONTEXTO SITUACIONAL: EL CASO DE LA ESPECIFICIDAD CULTURAL Y LOS ROLES SEXUALES

Evidentemente que la conducta socialmente competente y adecuada depende del contexto social en que se inscribe. Por ejemplo, para tener éxito social y profesional en los Estados Unidos es indispensable ser puntual, cosa que, sin embargo, no es tan imprescindible para tener éxito social y profesional, por ejemplo en Venezuela. Es decir, que para estudiar la conducta socialmente competente y definir los elementos que la componen, necesitamos conocer ese contexto social y cultural, lo que, de nuevo, pone de relieve la importancia de la contribución de la psicología social en este terreno. Para explicitar más lo que acabamos de decir, veamos con más detenimiento dos de los elementos de ese contexto sociocultural:

a) *La especificidad cultural*: "El énfasis

en las normas sociales va más allá de los determinantes situacionales hasta llegar a los determinantes culturales de las conductas sociales. Los estudiosos de las habilidades sociales, particularmente en Europa, han reconocido la naturaleza específicamente cultural de su trabajo y la no aplicabilidad de ciertos conceptos y técnicas a otras culturas" (Furnham, 1985, p. 564). Por ejemplo, Furnham (1979) ha subrayado que aunque la asertividad puede ser vista como un índice de salud mental y la falta de asertividad como una importante fuente de intranquilidad, ansiedad e insuficiencia, en muchas otras culturas ser autoasertivo de la forma que es normal serlo en Norteamérica y en algunas partes de Europa ni es fomentado ni es tolerado. Por el contrario, "la humildad, la subordinación y la tolerancia son más valoradas que la asertividad en muchas culturas, especialmente en el caso de las mujeres. Más aún, la falta de asertividad no es necesariamente un signo de insuficiencia o de ansiedad, aunque a veces pueda serlo" (Furnham, 1979, p. 522). Es decir, que existen en este campo, como en tantos otros, importantes diferencias culturales. Así, "tradicionalmente en Suráfrica las mujeres africanas, y las indias, son socializadas para ser más subordinadas y obedientes que sus homólogas blancas y en consecuencia pueden experimentar más dificultad en las situaciones sociales en las que se las pide ser asertivas, iniciadoras y atrevidas" (Furnham, 1983, pp. 223-224).

Sin embargo, aún se han hecho pocos estudios transculturales comparando la dificultad social que en situaciones sociales similares experimentan personas de diferentes grupos culturales. Pero algunos sí existen, como los de Rim (19776), Spinks y Morderdyk (1980), Hall y Beil-Warner (1978) o Magnusson y Stattin (1978).

En suma, pues, los estudios transculturales sobre los déficits en habilidades so-

ciales tienen dos grandes implicaciones: la primera es que las normas sociales y en consecuencia también las habilidades sociales son específicas culturalmente. Por ejemplo Argyle (1975) ha señalado que a los japoneses se les enseña a no expresar las emociones negativas y a evitar las miradas mutuas a los ojos, mientras que los varones árabes se tocan mucho mutuamente en las conversaciones sociales y tienen muy altas tasas de miradas mutuas a los ojos. Así, tanto la definición como las medidas de la suficiencia y de la insuficiencia en competencia social en una cultura pueden ser totalmente inaplicables en otra porque las normas de conducta "sanas, normales, habilidosas" y socialmente aceptables difieren considerablemente de una cultura a otra. La segunda implicación es que la dificultad social en una cultura extraña o en una cultura "shock" puede ser vista como una deficiencia en el aprendizaje social más que como una manifestación de psicopatología (véase Furnham y Bochner, 1982) y, en consecuencia, la forma de tratamiento más apropiada sería el entrenamiento de las habilidades sociales, más que la psicoterapia.

b) *Rol sexual y habilidad social*: ya hemos dicho que la conducta socialmente habilidosa de un individuo está relacionada funcionalmente con el contexto social de la interacción interpersonal. Existen normas sociales que gobiernan lo que se considera conducta social apropiada en diferentes situaciones. Los valores sociales sugieren conductas diferentes para distintas edades, sexos o profesiones así como para subculturas distintas.

En épocas anteriores, cuando los roles de interacción prescritos para los individuos no eran ambiguos, cada uno sabía muy bien qué conductas se esperaban de él. Lo mismo en cuanto a los roles y conductas sexuales. Pero ello no es así en la compleja sociedad actual, donde hombres y mujeres con fre-

cuencia no saben muy bien cuáles son los comportamientos apropiados a su rol. Con respecto a este último aspecto, y centrándonos en los estereotipos sexuales, la teoría del etiquetado predice que las personas estereotipadas tenderán a ajustar su comportamiento a esos estereotipos, lo que conlleva serios problemas tanto para los hombres como sobre todo para las mujeres, ya que en nuestra sociedad resulta muy difícil ser a la vez adulto sano y mujer sana. En efecto, por una parte se le exige a la mujer, como adulto sano, ser responsable, independiente, emotivamente autocontrolada, etc. Pero, como mujer, se le exige ser sumisa, dependiente, muy emotiva. etc. Al parecer, opera un doble modelo por el que cualidades que se consideran inadecuadas en los hombres serían aceptables en las mujeres. Así, cuando se les preguntó a profesionales de la salud mental que indicase las características de un hombre, una mujer o una persona normales, los adjetivos empleados para describir a un hombre y a un adulto sanos eran muy similares y se diferenciaban significativamente de aquellos empleados para describir a una mujer sana (Broverman et al., 1979). Así, a los hombres sanos (pero no a las mujeres) se los describía como agresivos, independientes, sin emoción, dominantes, directos, audaces, no excitables por una pequeña crisis, bruscos, recios y toscos. A las mujeres sanas (pero no a los hombres) se les adscribían características tales como habladoras, con tacto, tranquilas, capaces de expresar sentimientos tiernos y de llorar fácilmente, sumisas, dependientes, emocionales, orientadas hacia la casa, y con una clara falta de habilidad para desenvolverse en los negocios. Los adultos sanos eran caracterizados de manera similar a los hombres sanos, lo que indica la dificultad de que habláramos de que una mujer sea a la vez una mujer sana y un adulto sano. Todo ello por necesidad llevará a múltiples problemas psi-

cológicos e interpersonales en la mujer, particularmente en las profesionales, problemas que exigirán para su solución la utilización de programas de entrenamiento en habilidades sociales (véase al respecto Solomon y Rothblum, 1985), programas que necesariamente deberán tener en cuenta las normas y reglas que rigen la conducta social en cada contexto social concreto (Trower, 1982).

Pero los problemas en habilidades sociales que la propia socialización crea en la gente no afecta sólo a las mujeres, sino también a los hombres, al exigírseles una serie de habilidades que están en contradicción con las exigencias de otras expectativas. Así, por ejemplo, los datos de Bryant et al. (1976) mostraban que la inadecuación heterosocial era predominantemente un problema masculino y particularmente de los hombres solteros. "Sin embargo, existe evidencia que sugiere que ello es un artefacto de una sociedad como la nuestra en la que se les exige a los hombres que tengan más iniciativa que las mujeres, especialmente en el cortejo" (Bryant et al., 1976, p. 110).

CONCLUSION

Cada vez se está concediendo más atención a las contribuciones que las ciencias sociales pueden hacer al campo de la salud, entre las que destaca sin lugar a dudas la psicología social debido a que su principal objeto de estudio, las relaciones interpersonales, son un elemento básico del ser humano y, por tanto, también de su enfermar tanto física como psíquicamente.

Por otra parte, "el reconocimiento de que las conductas disfuncionales deben necesariamente ser vistas dentro de su contexto social ha existido desde hace muchos años. Sin embargo, este interés por los factores sociales contextuales respondía más a una

filosofía general que a una formulación teórica de trabajo que pudiera ser aplicada directamente a la conceptualización de problemas particulares y el tratamiento. Más recientemente (véase Brehm, 1976; Goldstein, Heller y Schreiste, 1966) se ha comenzado a enfatizar cómo las perspectivas teóricas específicas y los hallazgos de investigación en psicología social pueden ser valiosos para los clínicos en empresas terapéuticas" (Weary y Mirels, 1982, p. VII). Ello es tan así que cada vez la psicología social está siendo más incorporada al campo clínico, tanto en el ámbito de la Medicina Conductual (véase por ejemplo Eiser, 1982; Gondra, 1985; Huici, 1985; Sanders y Suls, 1982; Kessler et al., 1985, etc.) como en el ámbito de la psicoterapia (Brehm, 1976; Brehm y Smith, 1982, etc.). Es más, incluso dos ediciones del prestigioso *"Handbook fo Psychotherapy and Behavior Change"*, los de 1971 y 1979, incluían un capítulo sobre enfoques psicopsicología en psicoterapia. Sin embargo, tales enfoques psicopsicología todavía han tenido poca influencia en la psicología clínica. Es probable que ello se deba, como subrayan Brehm y Smith (1982), a la forma en que los psicólogos sociales han comunicado sus hallazgos. En efecto, añaden Brehm y Smith (1982, p. 9), "el trabajo teórico básico en psicología social es publicado, evidentemente, en las revistas de psicología social y estas revistas no son leídas por los clínicos. Más aún, la mayoría de las sugerencias para la aplicación de la psicología social a la clínica se han basado en hallazgos de laboratorio y muestran cómo estos hallazgos podrían ser relevantes para la empresa clínica. En muy raras ocasiones la investigación psicopsicología ha sido llevada a cabo con poblaciones clínicas o en situaciones clínicas". No obstante, una importante excepción está siendo el entrenamiento de las habilidades sociales. Aquí sí se está aplicando

directamente la psicología social al campo clínico y al entrenamiento concreto y real de pacientes clínicos. Aquí sí es más evidente que en otros campos la necesidad de una estrecha colaboración entre la psicología clínica y la psicología social.

Más en concreto, la necesidad de las aportaciones de la psicología social al campo de la salud y concretamente al área de las habilidades sociales y su entrenamiento estriba en su análisis de las relaciones interpersonales, como se constata perfectamente observando las seis premisas que, según un psicólogo clínico como es Curran (1985), subyacen al entrenamiento de las habilidades sociales:

1) Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológicos.

2) La falta de armonía interpersonal puede contribuir a conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.

3) Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.

4) Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.

5) Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en esas situaciones específicas.

6) La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Esta importancia de la psicología social en este tema se constata también claramente en el campo aplicado, a poco que nos detengamos en aquellos problemas concretos donde se está aplicando el entrenamiento de las habilidades sociales, tanto en el ámbito profesional (entrenamiento de profesores, directivos industriales, etc.), como en el clínico, del que sólo voy a destacar tres ejemplos bastante diferentes entre sí:

a) *Ansiedad social*: recientemente afirmaba Trower (1986, p. 39) que la psicología social tiene tanto que ofrecer en este tema, si no más, que la literatura clínica, por las siguientes razones: primero, la psicología social está interesada principalmente en la conducta social, por problemas que son característicos por definición de todas las formas de ansiedad social. Segundo, la psicología social ha proporcionado algunos de los más influyentes modelos de habilidades sociales en general (por ejemplo Argyle y Kendon, 1967) y del entrenamiento de las habilidades sociales en particular (Trower, Bryant y Argyle, 1978) y continúa proporcionando modelos avanzados que señalan el camino para desarrollos futuros (Carver y Scheier, 1984; Lazarus y Folkman, 1984; Schlenker y Leary, 1982). Por estas y otras razones, esta revisión de la ansiedad social -su definición, medida, características y tratamiento- se basará en una amplia literatura, en particular social, así como clínica y conductual..".

b) *Esquizofrenia*: según Vicente Caballo, el entrenamiento de las habilidades sociales es una de las pocas terapias *psicosociales* reconocida generalmente como efectiva con esquizofrénicos (Bellack y Morrison, 1982). Como vemos, es un psicólogo clínico quien califica sin paliativos de *psicosocial* al entrenamiento de las habilidades sociales. Y es que no caben muchas dudas de que la esquizofrenia es una enfermedad claramente *psicosocial* (véase en Lemos, 1989, una aproximación menos *psicosocial* al tema). De hecho, muchos pacientes esquizofrénicos están socialmente aislados. A menudo fracasan en llegar a integrarse en un sistema social real que pudiera ayudarles a enfrentarse con las exigencias sociales. La familia del esquizofrénico es a menudo el único sistema real del que forma parte. Sin embargo, los patrones de interacción de las familias de los esquizofrénicos

pueden servir realmente para aumentar la probabilidad de recaída. Por otra parte, y más importante aún para lo que aquí estamos tratando, al paciente esquizofrénico le faltan a menudo las habilidades necesarias para vérselas con interacciones interpersonales "estresantes" (Bellack y Morrison, 1982). De hecho, el entrenamiento de las habilidades sociales está siendo realmente eficaz con esquizofrénicos crónicos (Bellack, Hersen y Turner, 1976).

c) *Delincuencia*: cada vez en este campo se está acudiendo más a una concepción psicosocial de la conducta delictiva según la cual la gente necesita poseer "un conjunto de habilidades o destrezas que les permitan acceder a posiciones socialmente ventajosas, así como establecer relaciones sociales adecuadas en los distintos contextos sociales. En consecuencia, y siguiendo este mismo planteamiento, se postula que la carencia o déficit de dichos conjuntos de habilidades hace que las personas tanteen otras formas de actuación alternativas, consideradas socialmente marginales y/o delictivas (Clemente y Gil, 1985, p. 320). Además, existen datos empíricos que permiten confirmar una importante correspondencia entre esta deficiencia en competencia social e interpersonal y los comportamientos delictivos. En concreto, se ha encontrado (Fredman et al., 1978; Spence, 1981a, 1981b; Gaffrey y Mc Fall, 1981) que quienes se desempeñan en conductas delictivas de dife-

rente tipo son realmente menos competentes socialmente que quienes no llevan a cabo tal tipo de conductas. En consecuencia, un importante, si no el principal, procedimiento de intervención en estos casos lo constituye sin duda el entrenamiento en habilidades sociales, técnica que efectivamente está siendo cada vez más aplicada en este campo (véase Clemente y Gil, 1985; Henderson y Hollin, 1986; Milan y Kolko, 1985, etc.).

En conclusión, en contra de lo que podría parecer y de lo que a veces se le critica, "el movimiento de las habilidades sociales, pues, no es simplemente un lugar de encuentro de una serie de técnicas para resolver ciertas necesidades y conflictos de habilidades sociales en niños (o adolescentes o adultos). Es un movimiento que propiamente aboga por una gran maduración para el cambio y el desarrollo en la matriz social y no en el desarrollo intrapsíquico que supuestamente se despliega a pesar de las circunstancias sociales" (Phillips, 1985, pp. 16-17). Es decir, que a diferencia de la psicoterapia tradicional, el movimiento de las habilidades sociales se centra en la interacción persona-ambiente, destacando sobre todo la importancia del ambiente social e interpersonal, con lo que se convierte en una terapia claramente psicosocial, donde la aportación de la psicología social, junto a la psicología clínica, será de primer orden.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adler, A. (1931): *What life should mean to you*, Boston: Little Brown.
- Anderson, H.H. y Anderson, G.L. (1954): Social development, en L. Carmichael (Ed.): *Manual of child psychology*, New York: Wiley.
- Argyle, M. (1967): *The psychology of interpersonal behavior*, London: Penguin.
- Argyle, M. (1967): *Bodily communication*, London: Methuen.
- Argyle, M. (1980): Interaction skills and social competence, en M.P. Feldman y J. Orford (eds): *The social psychology of psychological problems*, Chichester: Wiley (trad. cast., México: Limusa, 1985).

- Argyle, M. (1981): *Social Skills and Health*, London: Methuen.
- Argyle, M. (1984): Some new developments in social skills training, *Bull. of the British Psychol. Society*, 37, 405-410.
- Argyle, M. y Dendom, A. (1967): The experimental analysis of social performance, *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98.
- Asher, S. R., Oden, S. L. y Gottman, J. M. (1977): Children's friendships in school settings, en L.G. Katz (Ed.): *Current topics in early childhood education*, Vol. 1, Norwood, N. J.: Ablex.
- Baer, J. y Fensterheim, H. (1987): *No digas sí cuando quieras decir no*, Barcelona: Grijalbo.
- Bellack, A. S., Hersen, M. y Turner, S. M. (1976): Generalization effects of social skills training in chronic schizophrenics: An experimental analysis, *Behaviour Res. and Therapy*, 14, 391-398.
- Bellack, A. S. y Morrison, R. L. (1982): Interpersonal dysfunction, en A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.): *International handbook of behavior modification and therapy*, New York: Guilford Press.
- Blanco, A. (1981): Evaluación de habilidades sociales, en R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carroble (Eds.): *Evaluación conductual: Metodología y evaluación*, Madrid: Ed. Pirámide.
- Bower, S. y Bower, G. (1976): *Asserting yourself*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brehm, S. (1976): *The application of social psychology to clinical practice*, Washington: Hemisphere Publishing.
- Broverman, I. H., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., Rosenkrantz, P. S. y Vogel, S. R. (1970): Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health, *J. of Counseling and Clin. Psychol.*, 34, 1-7.
- Bryant, B. y Trower, P. (1974): Social difficulty in a student sample, *British J. of Educ. Psychol.*, 44, 13-21.
- Bryant, B., Trower, P., Yardley, K., Urbieta, H. y Letamendía, F. J. J. (1976): A survey of social inadequacy among psychiatric outpatients, *Psychol. Medicine*, 6, 101-112.
- Buell, Bradley et al. (1952): *Community planning for social services*, New York: Columbia University Press.
- Combs, M. L. y Slaby, D. A. (1977): Social skills training with children, en B. B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.): *Advances in clinical child psychology*, Vol. 1, New York: Plenum.
- Caballo, V. (1988): *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Valencia: Promolibro.
- Carmichael, L. (Ed.) (1954): *Manual of child psychology*, New York: Wiley.
- Carroble, J. A. I. (1988): Prólogo al libro de V. Caballo: *op. cit.*, IV-VI.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1984): A control-theory approach to behaviour, and some implications for social skills training, en P. Trower (Ed.): *Radical approaches to social skills training*, London: Croom Helm.
- Clemente, M. y Gil, F. (1985): Prevención y tratamiento del comportamiento delictivo: Contribuciones desde una perspectiva psicossocial, en J. F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J. M. Fernández (eds): *Psicología Social Aplicada*, Bilbao: Desclée de Brouwer, pp. 315-335.
- Combs, M. L. y Slaby, D. A. (1977): Social skills training with children, en B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.): *Advances in clinical child psychology*, Vol. 1, New York: Plenum.
- Cook, M. (1978): The social skill model and interpersonal attraction, en S. Duck (Ed.): *Theory and practice in interpersonal attraction*, London: Academic Press.
- Cowen, EIL., Pederson, A., Babigian, H., Izzo, L.D. y Trost, M.A. (1973): Long-term follow-up of early detected vulnerable children, *J. of Consulting and Clin. Psychol.*, 41, 438-446.
- Crossman, E. (1960): *Automation and skill*, London: HMSO.
- Curran, J. P. (1977): Skills training as an approach to the treatment of heterosexual-social anxiety, *Psychol. Bull.*, 84, 140-157.
- Curran, J. P. (1985): Social skills therapy:

- A model and a treatment, en R. M. Turner y L.M. Ascher (Eds): *Evaluating behavior therapy outcome*, Nueva York: Springer.
- D'Augelli, A. y D'Augelli, J. F. (1985): The enhancement of sexual skills and competence: Promoting lifelong sexual fulfillment, en L'Abate, L. y Milan, M.A. (Eds.): *Handbook of Social Skills Training and Research*, New York: John Wiley and Sons, pp. 170-191.
- Dunkin, M. J. y Biddle, B. J. (1974): *The study of teaching*, New York: Hold, Rinehart and Winston.
- Eiser, J. R. (Ed.) (1982): *Social Psychology and Behavioral Medicine*, Chichester: Wiley.
- Eisler, R. M. y Frederiksen, L. W. (1980): *Perfecting social skills: A guide to interpersonal behavior development*, New York: Plenum Press.
- Ellis, R. y Whittington, D. (1981): *A guide to social skills training*, London: Croom Helm.
- Freedman, B. J., Rosenthal, L., Donabhoe, C. P., Jr., Schlundt, D. G. y McFall, R. M. (1978): A social behavior analysis of skills deficits in delinquent and non-delinquent adolescents boys, *J. Cons. Clin. Psychol.*, 46, 1448-1462.
- Furnham, A. (1979): Assertiveness in three cultures: Multidimensionality and cultural differences, *J. of Clin. Psychol.*, 35, 522-527.
- Furnham, A. (1983): Social difficulty in three cultures, *Intern. J. of Psychol.*, 18, 215-228.
- Furnham, A. (1985): Social skills training: A european perspective, en L. L'Abate y M. A. Milan (eds.): *Handbook of Social Skills Training and Research*, New York: John Wiley and Sons, pp. 555-580.
- Furnham, A. y Bochner, S. (1982): Difficulty in a foreign culture: An empirical analysis of culture shock, en S. Bochner (Ed.): *Culture in contact: Studies in cross-culture interaction*, Oxford: Pergamon.
- Furnham, A. y Henderson, M. (1981): Sex differences in self-reported assertiveness in Britain, *British J. of Clin. Psychol.*, 20, 50-62.
- Gaffney, L. y McFall, R. (1981): A comparison of social skills in delinquent and non delinquent adolescent girls using a behavioural role-playing inventory, *J. Cons. and Clin. Psychol.*, 6, 959-967.
- Gambrill, E. (1977): *Behavior modification*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Gil, F. (1980): Entrenamiento en habilidades sociales: el procedimiento "eficacia personal" de Liberman, *Rev. Psic. General y Apl.*, 35, 969-983.
- Gil, F. (1984): Entrenamientos en habilidades sociales, en J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.): *Modificación de conducta*, Madrid: Alhambra, pp. 399-429.
- Gil, F. y Sarriá, E. (1985): Aplicación de técnicas de aprendizaje social en grupo para la formación de docentes: Microenseñanza, en C. Huici (Ed.): *Estructura y procesos de grupo*, Madrid: UNED, vol.2, pp. 361-384.
- Goffman, E. (1961): *Asylums*, New York, Garden City: Doubleday.
- Goldstein, A. P. et. al. (1989): *Habilidades y autocontrol en la adolescencia*, Barcelona: Martínez Roca.
- Gondra, J. M. (1985): Aplicaciones de la psicología social a la psicoterapia: El modelo de la influencia social, en J.F. Morales et al. (Eds): *Psicología Social Aplicada*, Bilbao: Desclée de Brouwer, pp. 131-155.
- Gottman, J., Gonso, J. y Rasmusen, B. (1975): Social interaction, social competence and friendship in children, *Child Dev.*, 46, 709-718.
- Hall, J. y Beil-Warner, D. (1978): Assertiveness of male Anglo- and mexican-American college students, *J. of Social Psychol.*, 105, 170-178.
- Hartup, W. W. (1978): Children and their friends, en H. McGurk (Ed.): *Issues in childhood social development*, Cambridge: Methuen.
- Henderson, M. y Hollin, C. R. (1986): Social skills training and delinquency, en C.R. Holin y P. Trower (Eds.): *Handbook of social skills training: Vol. 1: Applications*

- across the life span, Oxford: Pergamon Press, 79-102.
- Hersen, M. y Bellack, A. (1976): Assessment of social skills, en A. ciminero, K. Carlhoun y H. Adams (eds.): *Handbook of behavioral assessment*, New York: Wiley.
- Hollin, C. R. y Trower, P. (Eds.) (1986): *Handbook of social skills training*. 2 vols., Oxford: Pergamon press.
- Holmes, T. H., Hawkins, N. G., Bowermann, E.C., Clark, E. R., Jr. y Joffee, J. R. (1957): Psychosocial and psychophysiological studies of tuberculosis, *Psychosomatic Medicine*, 19, 134-143.
- Horney, K. (1945): *Our inner conflicts*, New York: Norton.
- Huici, C. (1985): Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad, en J.F. Morales et al. (Eds.): *Psicología Social Aplicada*, Bilbao: Declée de Brouwer, pp. 111-130.
- Jack, L. M. (1934): An experimental study of ascendant behavior in preschool children. Iowa City: *University of Iowa Studies in Child Welfare*.
- Kelly, J. A. (1987): *Entrenamiento de las habilidades sociales*, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kessler, R. C., Price, R. H. y Wortman, C. B. (1985): Social factors in psychopathology, *Ann. Rev. Psychol.*, 36, 531-572.
- L'Abate, I. (1982): *Interpersonal skills training and Research Association*, Box 564, G. Georgia State University. Atlanta, Georgia.
- L'Abate, I. y Milan, M. A. (1985): *Handbook of Social Skills training and research*, New York: Wiley.
- Ladd, G. W. (1981): Effectiveness of a social learning method for enhancing children's social interaction and peer acceptance, *Child Dev.*, 52, 171-178.
- Lazarus, A. A. (1966): Behavior rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in affecting behaviour change, *Behaviour Res. and Therapy*, 4, 209-212.
- Lazarus, A. A. (1971): *Behaviour therapy and beyond*, New York: McGraw-Hill.
- Lemos, S. (1989): Esquizofrenia: Componentes de la personalidad como factores de riesgo, *Psicothema*, 1, 55-69.
- Magnusson, D. y Stattin, H. (1978): A cross-cultural comparison of anxiety responses in an interaction frame of reference, *Intern. J. of Psychol.*, 13, 317-322.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987): *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*, Barcelona: Martínez Roca (original 1983).
- Milan, M. A. y Kolko, D. J. (1985): Social Skills training and complementary strategies in anger control and the treatment of aggressive behavior, en L. L' Abate y M.A. Milan (Eds.): *op. cit.*, 101-135.
- Minkin, N., Braukman, C. J., Minkin, B. I., Timbers, G.D., Timbers, B. J., Fixsen, D. L., Phillips, E. L. y Wolf, M. M. (1976): The social validation and training of conversation skills, *J. of Appl. behavior Analysis*, 9, 127-139.
- Morgan, J. J. B. (1942): *Child psychology*, New York: Farrar-rinehart.
- Munné, F. (1989): *Individuo y sociedad: Los marcos teóricos de la psicología social*, Barcelona, P.P.U.
- Murphy, G., Murphy, L. B. y Newcomb, T. M. (1937): *Experimental Social Psychology*, New York: Harper and Row.
- O'Conner, R. D. (1972): Relative efficacy of modeling, shaping, and the combined procedures for modification of social withdrawal, *J. of Abnorm. Psychol.*, 79, 327-334.
- Ovejero, A. (1987): *Psicología Social y Salud*, Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Ovejero, A. (1988): *Psicología Social*, Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Ovejero, A. (1990a): Apoyo social y salud, en S. Barriga et al. (Eds.): *Psicología Social en el ámbito sanitario*, (en prensa).
- Ovejero, A. (1990b): *El aprendizaje cooperativo como alternativa a la enseñanza tradicional*, Barcelona: PPU (en prensa).
- Page, L. M. (1936): The modification of ascendant behavior in preschool children,

- Iowa City: *University of Iowa Studies in Child Welfare*.
- Phillips, E. L. (1985): Social skills: History and prospect, en L. L'Abate y M.a. Milan (Eds.): *op. cit.*, pp. 3-21.
- Phillips, L. y Zigler, E. (1961): Social competence: The action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behaviors, *J. Abnormal and Soc. Psychol.*, 63, 137-146.
- Phillips, L. y Zigler, E. (1964): Role orientation, the action-thought dimension and outcome in psychiatric disorders, *J. Abnormal and Soc. Psychol.*, 68, 381-389.
- Rim, Y. (1976): A note on personality, psychosocial disturbance and difficulty in social groups in two cultures, *Interpersonal Dev.*, 2, 91-95.
- Roff, M., Sells, S. B. y Golden, M. M. (1972): *Social adjustment and personality development in children*, Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Sanders, G. y Suls, J. (Eds.) (1982): *The social psychology of health and illness*, Hillsdale, N.J.: LEA.
- Salter, A. (1949): *Conditioned reflex therapy*, New York: Farrar, Stratus and Girous.
- Schlenker, B. R. y Leary, R. L. (1982): Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model, *Psychol. Bull.*, 92, 641-669.
- Secord, P. F. y Backman, C. W. (1976): *Psicología Social*, México: McGraw-Hill.
- Singleton, W., Spurgeon, P. y Stammers, R. (Eds.) (1980): *The analysis of social skill*, New York: Plenum.
- Smith, M. J. (1987): *Cuando digo no, me siento culpable*, Barcelona: Grijalbo.
- Solomon, L. y Rothblum, E. D. (1985): Social skills problems experienced by women, en L. L'Abate y m.a. Milan (Eds.): *op. cit.*, pp. 303-325.
- Spence, S. (1981a): Validation fo social skills of adolescent males in an interview conversation with a previously unknown adult, *J. of Appl. Beh. Anal.*, 14, 159-168.
- Spence, S. (1981b): Differences in social skills performance between institucionalized juvenile male offenders and a comparable group of boys without offence records, *British J. of Clin. Psychol.*, 20, 163-172.
- Spinks, P. y Moerdyk, A. (1980): A comparison of responses between Indian and European South Africans to the Taylor MAS, *Intern. J. Psychol.*, 15, 32-52.
- Sullivan, H. S. (1953): *The interpersonal theory of spychiatry*, New York: Norton.
- Thompson, G.G. (1952): *Child Psychology*, Boston: Houghton-Nifflin.
- Trower, P. (1980): Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients, *J. of Consulting and Clin. Psychol.*, 48, 327-329.
- Trower, P. (1982): Towards a generative model of social skills: a critique and synthesis, en J.P. Curran y P.M. Monti (Eds.): *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*, New York: Guilford Press.
- Trower, P. (1986): Social fit and misfit: An interactional account of social difficulty, en A. Furnham (ed.): *Social behavior in context*, London: Lawrence Erlbaum.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978): *Social Skills and mental health*, London: Methuen.
- Twentyman, C. T., Boland, T. y McFall, R. M. (1981): Heterosocial avoidance in college males: Four studies, *Behavior Modif.*, 5, 523-552.
- Welford, A. (1981): Social skills and social class, *Psychol. Reports*, 48, 847-852.
- Witman, T. L., Mercurio, J. R. y Caponigri, V. (1970): Development of social response in two severely retarded children, *J. of Appl. Behavior Analysis*, 3, 133-138.
- Williams, H. M. (1935): A factor analysis of Berne's social behavior in youg chidren, *J. Exper. Education*, 4, 142-146.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Palo Alto, CA: Stanford University press.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1960): Social effectiveness and symotomatic behaviors *J. of Abnorm, and Soc. Psychol.*, 61, 231-238.

Zigler, E. y Phillips, L. (1961): Social competence and outcome in psychiatric disorder, *J. of Abnorm. and Soc. Psychol.*, 63, 264-271.

Zigler, E. y Phillips, L. (1962): Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology, *J. of Abnorm. and Soc. Psychol.*, 65, 215-222.