

DISEÑO, IMPLANTACION Y EVALUACION DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES A DEFICIENTES MENTALES INSTITUCIONALIZADOS

Margarita Ojeda Jiménez*
Angel L. Pérez Martín*
Luis Jarana Expósito**
José M. León Rubio*

*Dirección: Dpto. Psicología Social. Universidad de Sevilla. Apdo. 3128. Sevilla.

**Unidad de Deficientes Mentales. Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Avda. Miraflores, s/n.
Apdo. 125. Sevilla.

Resumen

Se diseñó y aplicó un programa de entrenamiento en habilidades sociales, basado en la técnica del aprendizaje estructurado, a un grupo de cuatro sujetos deficientes mentales internos en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores (Sevilla). El objetivo del estudio fue evaluar dicho programa el cual hacía referencia a cuatro conductas básicas de socialización: distancia de interacción, volumen de voz, conducta de saludo y conducta de presentación a extraños. Se utilizó un diseño de línea base múltiple entre conductas. Los resultados obtenidos permitieron inferir la eficacia del programa.

Introducción

El auge que experimenta el estudio de las habilidades sociales (HS) en los últimos años viene determinado fundamentalmente por dos razones (Gil, 1984): por un lado, la relevancia de las HS en la evolución del ser humano, asociándose su déficit a distintos problemas psicopatológicos. Por otra parte, la gran variedad de técnicas y áreas de aplicación que permite dicho marco teórico.

No obstante, al encarar el estudio de las HS nos encontramos con un sinnúmero de definiciones que, lejos de facilitar, introducen una ambigüedad que dificulta la claridad y delimitación del fenómeno (Gil, 1984).

No se ha llegado a una delimitación explícita del término «habilidad social». Para Caballo (1988), la dificultad viene dada por la especificidad de la conducta; una conducta puede ser habilidosa en un determinado contexto, y no serlo en otro. Es decir, es ampliamente dependiente de la situación en que se produce, viéndose influida por la edad, el sexo, el marco cultural, educación, clase social, actitudes, creencias, etc., del sujeto en interacción. Debido a esto, se pueden encontrar en la literatura muchas definiciones del concepto «habilidad social» (Caballo, 1983; Caballo, 1986; Gil, 1984; Hersen y Eisler, 1976; Michelson *et al*, 1987; Pelechano 1987; Roth, 1986). Se puede formular una buena definición de Habilidades Sociales tomando como referencia las propuestas por Blanco (1981) y Kelly (1982). En este sentido, entendemos por Habilidades Sociales un conjunto de capacidades aprendidas por el individuo que le permiten percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás, incrementando el reforzamiento social dentro de un contexto cultural determinado.

El desarrollo de HS adecuadas permite a una persona emprender actividades agradables y reforzantes que, de otra forma, no podrían realizarse a causa de una carencia de aptitudes (Hersen y Eisler, 1976).

El entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) queda definido por Gil (1984, pág. 402) como «aquél procedimiento, desarrollado según un modelo de aprendizaje, compuesto de técnicas conductuales y orientado a la adquisición de conductas motoras, verbales y no verbales». Para Curran (1985, *op. cit.* en Caballo, 1988), las premisas que subyacen al EHS son:

1. Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológico.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o 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 mejora en el funcionamiento psicológico (pág. 177).

Las distintas técnicas usadas en el EHS están dirigidas hacia los siguientes objetivos (Jarana, 1988): 1. Información sobre las respuestas adecuadas. 2. Práctica de las mismas. 3. Moldeamiento de las conductas emitidas. 4. Mantenimiento y generalización de las respuestas.

Han sido múltiples las técnicas empleadas en el EHS (Caballo, 1988; Caballo y Carrroble, 1988; Davis *et al*, 1985; Hersen y Eisler, 1976; Mathieu *et al*, 1987). Carrasco (1984), divide las distintas técnicas en seis grupos fundamentales: 1. Ensayo de conducta e instrucciones; 2. Imitación; 3. Feedback; 4. Procedimientos encubiertos; 5. Desensibilización sistemática, y 6. Terapias cognitivas.

Las distintas técnicas no son excluyentes, sino que se pueden emplear en forma combinada, formando paquetes de EHS (Caballo, 1988). Uno de los más completos —y que

ha demostrado su efectividad experimentalmente (Roth, 1985)— es el «aprendizaje estructurado», que consta de las siguientes fases (Caballo, 1988; Gil, 1984; Mathieu *et al*, 1987):

1. Dar información a los sujetos de las respuestas apropiadas para que puedan focalizar su atención en dichas conductas.
2. Modelado. El terapeuta enseña la actividad, haciendo una demostración a los pacientes. Esta fase está basada en el aprendizaje por imitación.
3. Juego de roles. Simulan los pacientes una situación interactiva con el terapeuta, donde se pone énfasis en la conducta objeto de estudio.
4. Retroalimentación. Los participantes en el entrenamiento opinan sobre la ejecución de la conducta de un determinado sujeto. Es importante conocer también la opinión propia de dicho sujeto, para determinar la capacidad autoperceptiva que posee.

Han sido múltiples las aplicaciones del EHS (Caballo, 1988; Hersen y Eisler, 1976; Jarana, 1988). Gil (1984) plantea alguna de las aplicaciones más habituales:

- Aplicaciones psicosociales: los EHS se enfocan sobre determinados procesos básicos de comunicación, socialización, conversación..., temas propios de la psicología social. En concreto, se ha aplicado a temas tales como relaciones de pareja y familiares (Eisler y Frederiksen, 1980, *op. cit.* en Caballo, 1988), grupos especiales y marginados (Santacreu, 1988), conductas antisociales y delincuencia (Spence, 1979).
- Aplicaciones clínicas: relaciones heterosexuales (Curran, 1977, *op. cit.* en Gil, 1984), depresión y tendencias suicidas (Carroble *et al.*, 1986), alcoholismo y drogadicción, pacientes psiquiátricos (Hersen y Eisler, 1976) y problemas psicosomáticos (Cardeñas *et al*, 1988).
- Aplicaciones en el ámbito laboral. (Carrasco, 1988).

En cuanto a la intervención en la deficiencia mental, cabe señalar que ésta se ha basado en la idea de la integración del sujeto en la sociedad (Brenghelmann, 1976; Moneo, 1985; Pelechano, 1987; Sánchez-Llamas, 1980; Verdugo, 1986, *op. cit.* en Gómez Miguel *et al*, 1987). Para ello, se está dando cada vez más importancia a procesos de socialización, adaptación y recursos personales para su automantenimiento social. (Pelechano, 1984; Pelechano, 1987; Pinillos, 1984). Han surgido, siguiendo esta línea, distintos autores que pretenden —desde la modificación de conducta—, la intervención sobre la competencia social del deficiente mental. Así Ribes (1984), describe las bases de programas de entrenamiento en conducta cooperativa, aproximación al grupo, conducta de afecto, agresión, auto estimulación, hiperactividad y «berrinches» o conducta emocional.

Otro clásico del tema es la obra de Bender y Valletutti «Programas para la enseñanza del deficiente mental» (1983), que dedica un tomo completo a los programas de entrenamiento en habilidades de comunicación —verbal y no verbal— y de socialización. Un trabajo de amplitud y planteamiento similar al anterior es el realizado por Gómez Miguel *et al* (1987b).

El EHS se ofrece también como una vía de intervención en este campo, aportando

una serie de técnicas y estrategias contrastadas, útiles para la integración social del deficiente mental.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades básicas de socialización y comunicación diseñado para su implantación a un grupo de sujetos deficientes mentales institucionalizados, por medio de la técnica del aprendizaje estructurado.

Dichas habilidades consistieron en:

1. *Distancia de interacción.* Se consideró correcta cuando se aproximaba a setenta y cinco centímetros.
2. *Volumen de voz.* Debía ser audible a una distancia de tres metros.
3. *Volumen de saludo.* Respuesta —con componentes verbales y no verbales— a la conducta de inicio de interacción llevada a cabo por otro sujeto (se entendió como inicio de interacción toda conducta en la que, en situación de proximidad física entre dos sujetos, se empleara aproximadamente la siguiente fórmula: «Hola/Buenos días —nombre del oyente— ¿Cómo estás? —mientras se ofrecía la mano—»). La respuesta debía ser adecuada a la situación y favorecedora de la interacción.
4. *Conducta de presentación a extraños.* El sujeto se aproxima a un desconocido y le ofrece la mano, empleando una fórmula similar a ésta: «Hola/Buenos días. Yo soy/me llamo (nombre del hablante)». Debía ser adecuada a la situación y favorecedora de la interacción.

Método

Sujetos

Los sujetos de la investigación han sido cuatro internos de la Unidad de Deficientes Mentales del Hospital Psiquiátrico de Miraflores (Sevilla), diagnosticados de retraso mental ligero. Sus edades están comprendidas entre 27 y 30 años y ninguno presenta trastornos conductuales graves ni minusvalías físicas añadidas. Son tres varones y una mujer con un tiempo de hospitalización superior a 7 años.

El criterio de selección se ha basado en su carencia en las habilidades sociales básicas que se pretendían implantar.

Diseño

El diseño usado ha sido el de línea base múltiple entre conductas. Se pretendían comprobar los efectos de la VI (tratamiento por medio del aprendizaje estructurado) sobre las VDs (distancia de interacción, volumen de voz, conducta de saludo y conducta de presentación a extraños, definidas anteriormente).

Procedimiento

La investigación se realizó en una sala de 4 × 5 metros, cuyo único mobiliario fue

una mesa y siete sillas. Las observaciones fueron realizadas por tres observadores —entrenados previamente— de forma directa. La toma de la línea base y la fase de tratamiento se realizaron de la misma forma para todos los sujetos. El período intersesiones fue de dos días. Las sesiones, 19 en total, fueron de dos tipos:

1. *Sesiones de Línea Base*: Tenían una duración aproximada de treinta minutos.

- a) Introducción de los cuatro sujetos en la sala a las 12:00 horas.
- b) Uno de los investigadores (elegido al azar en cada sesión), entraba en interacción con los cuatro sujetos uno a uno, abordando un tema relevante para éstos. El orden de los sujetos se elegía al azar para cada sesión. Se procedía al registro de las conductas 1 y 2 (distancia de interacción y volumen de voz). Para ello se observaba a cada sujeto durante un minuto, pasado el cual se evaluaban ambas conductas. La escala de evaluación para las dos conductas fue la siguiente:
 1. Conducta totalmente incorrecta.
 2. Conducta parcialmente correcta.
 3. Conducta medianamente correcta.
 4. Conducta habitualmente correcta.
 5. Conducta totalmente correcta.
- c) Un sujeto previamente entrenado, conocido y respetado por los sujetos (siempre el mismo), entraba en la sala, acercándose a saludar uno por uno a los cuatro sujetos. Usaba una fórmula similar a esta: «Hola/Buenos días... (nombre del interno) ¿Cómo estás? (ofreciéndole la mano)». Los tres observadores evaluaban la conducta, teniendo en cuenta que la respuesta fuera aceptada socialmente y favorecedora de la interacción. La escala de evaluación fue:
 1. Rechazo del saludo.
 2. Saludo totalmente incorrecto.
 3. Saludo parcialmente correcto.
 4. Saludo bastante correcto.
 5. Saludo correcto.
- d) Un sujeto desconocido por los internos, distinto en cada sesión y entrenado previamente, entraba en la sala. Los tres observadores se acercaban a él y se presentaban. La fórmula usada por ellos, y la que se pretendía implantar en los sujetos fue similar a ésta: «Hola /Buenos días. Me llamo/Soy... (nombre del sujeto)» (mientras se ofrece la mano). Se evaluaron las conductas de los sujetos teniendo en cuenta que la conducta fuera aceptada socialmente y favorecedora de la interacción. La escala de evaluación fue:
 1. El sujeto no se acerca.
 2. El sujeto se acerca, pero no realiza acto de presentación.
 3. Presentación incorrecta.
 4. Presentación parcialmente correcta.
 5. Presentación totalmente correcta.

e) Fin de la sesión.

2. **Sesiones de tratamiento:** Su duración variaba en función del número de conductas que en cada momento se estaban entrenando, entre cuarenta y cinco minutos y una hora treinta minutos.

Cada sesión de tratamiento constaba de dos fases:

2.1 *Fase de Entrenamiento:*

- a) Introducción de los sujetos en la sala a las 10:00 horas.
 b) Implantación de los tratamientos. El orden de éstos se aleatorizó para cada sesión. Hubo un descanso de dos minutos entre cada uno de ellos.

Las fases de entrenamiento para cada conducta y cada sujeto constaron de los pasos detallados a continuación:

- b.1 *Presentación de la habilidad.* Antes de iniciar el tratamiento, el investigador describe las conductas a través de instrucciones específicas.
 b.2 *Demostración.* Se usa la técnica del modelado, por la que se provee de ejemplos a los sujetos para que se familiaricen con la actividad.
 b.3 *Juego de roles.* Práctica conductual sistematizada de la habilidad, tal y como operaría en la vida real.
 b.4 *Retroalimentación.* El grupo, como un todo, evalúa al participante. Se realizan comentarios y sugerencias, mejorando la ejecución de la habilidad.

c) Fin de la fase.

2.2 *Fase de registro de datos:* (ver posición de 2.1)

Esta fase seguía el mismo esquema de ejecución que las sesiones de Línea Base.

Daba comienzo a las 12:00 horas, tras un período de descanso entre el final de la primera fase y el comienzo de la segunda.

Al finalizar la sesión, y como refuerzo a su asistencia, se les entregaba a los sujetos un vale, canjeable por un refresco en el bar de la institución.

Resultados

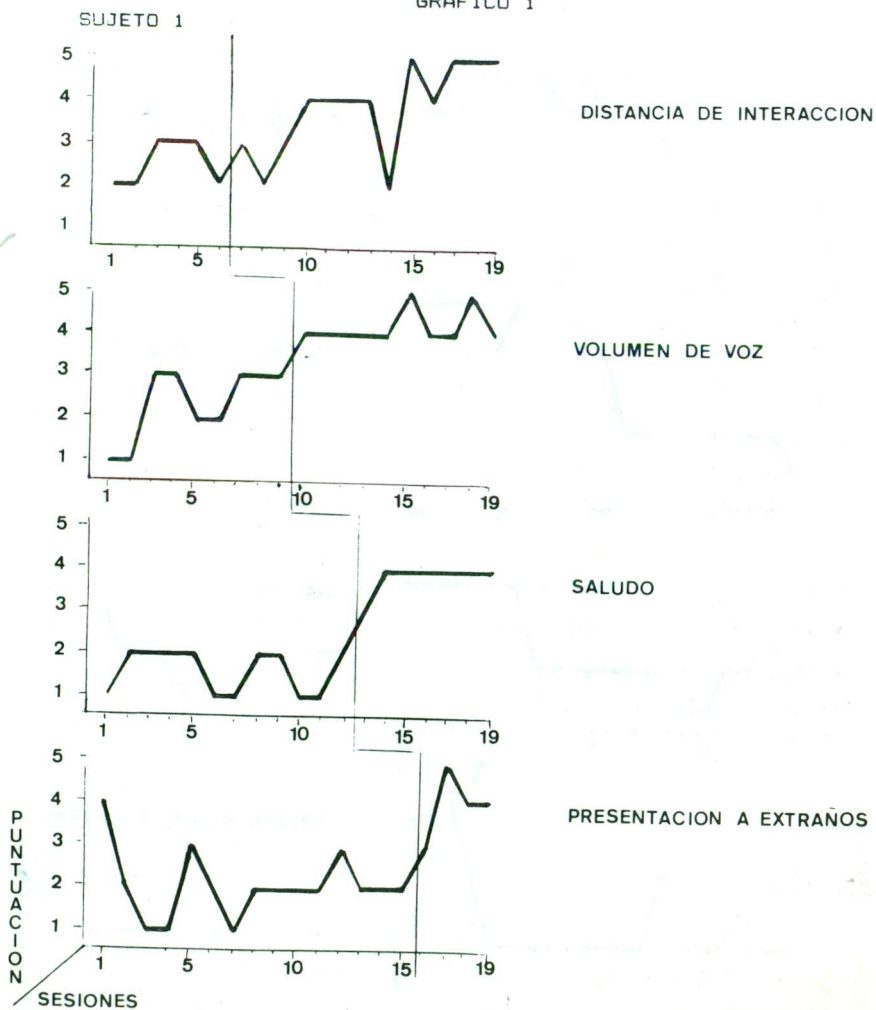
Los resultados se muestran en los gráficos 1-4, en los que se representan las cuatro conductas implantadas para cada sujeto: distancia de interacción, volumen de voz, conducta de saludo y presentación a extraños. La línea que separa verticalmente cada registro de conducta representa el momento en que se produce la introducción del tratamiento en cada una de ellas.

Para el análisis de los resultados se usó el estadístico «c» para el análisis de tendencias (Conchillo, 1983; Tryon, 1982).

Inicialmente se comprobó la estabilidad de las líneas-base (ver tabla 1).

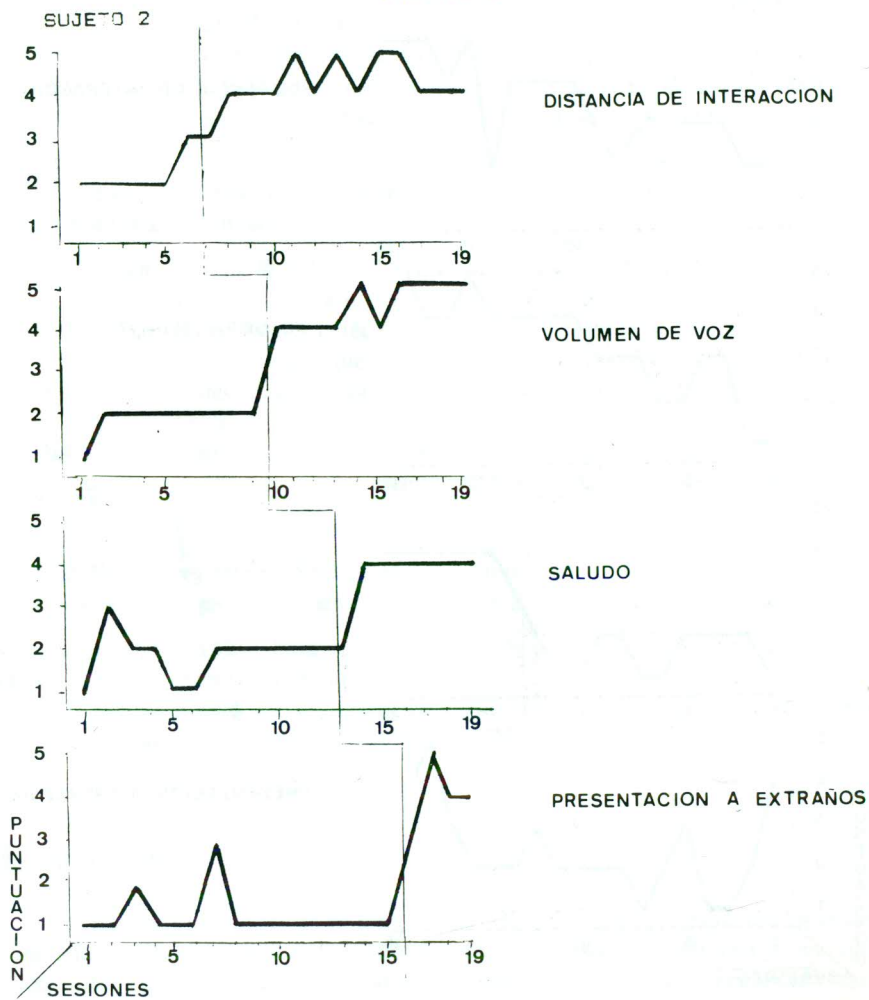
EUS y Deficientes Mentales

GRAFICO 1



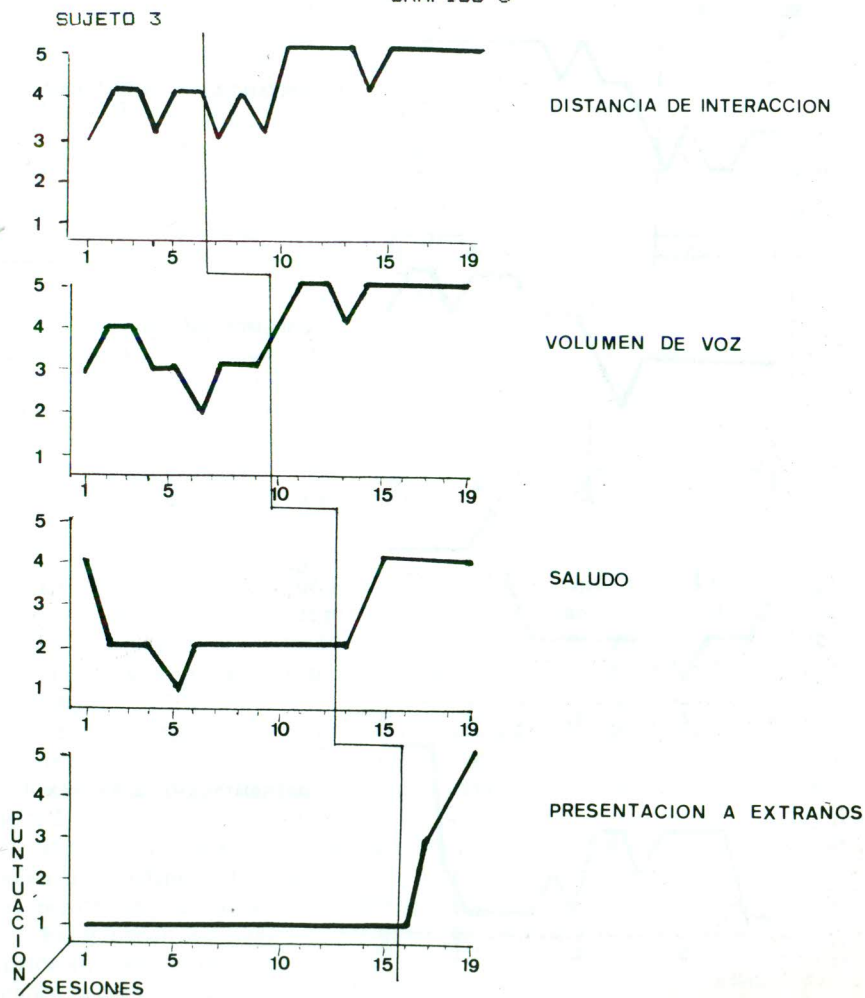
EHS y Deficientes Mentales

GRAFICO 2



EHS y Deficientes Mentales

GRAFICO 3



EHS y Deficientes Mentales

GRAFICO 4

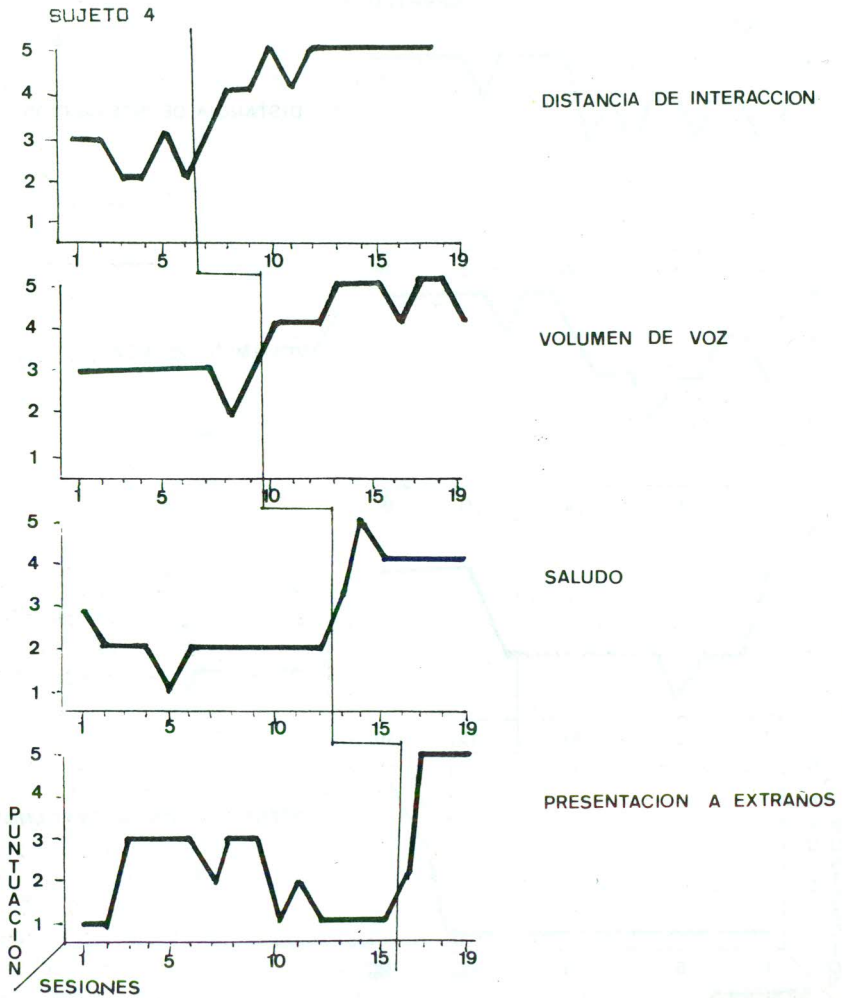


Tabla 1
Análisis estadístico de la estabilidad de la línea base

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4
D. I.	C = 0,33 Z = 0,97	C = 0,39 Z = 1,17	C = 0,12 Z = 0,38	C = 0 Z = 0
V. V.	C = 0,5 Z = 1,69	C = 0,44 Z = 1,48	C = 0,30 Z = 1,04	C = 0,12 Z = 0,42
C. S.	C = 0,14 Z = 0,54	C = 0,04 Z = 0,17	C = 0,39 Z = 1,48	C = 0,25 Z = 0,94
C. P.	C = 0,21 Z = 0,89	C = 0,13 Z = 0,56	C = 0 Z = 0	C = 0,53 Z = 2,22*

* Z significativa para $p < 0,05$

D. I. = Distancia de interacción

V. V. = Volumen de voz

C. S. = Conducta de saludo

C. P. = Conducta de presentación a extraños

La línea base de la conducta de presentación del sujeto núm. 4 fue significativa para $p < 0,05$, lo que indica que presentó tendencia. Un análisis visual de los datos (ver gráfico 4) demuestra que la tendencia fue a la disminución. El resto de las conductas, en todos los sujetos, presentó una z no significativa, lo que indica estabilidad en las líneas-base.

Una vez comprobada la estabilidad de las líneas-base, se pasó a verificar la efectividad de los tratamientos. Para ello, se halló el estadístico «C» para las últimas puntuaciones de línea-base unidas a las primeras de tratamiento de cada conducta y sujeto (ver tabla 2).

Debido a que la línea-base del sujeto 4 en la conducta de presentación a extraños presentaba tendencia, el análisis de datos a realizar era diferente al de las otras conductas, pero no se pudo llevar a cabo debido a la escasez de datos ($n < 8$) (Tryon, 1982).

Exceptuando la distancia de interacción en los sujetos 1 y 3, todos los tratamientos fueron efectivos, ya que el estadístico «z» fue significativo, lo que indica un cambio de tendencia entre la línea base y el tratamiento. El análisis visual de los datos (ver gráficos 1-4), indicó que la tendencia de todas las conductas (incluidas las que no se presentaron como significativas) fue al incremento de éstas.

Por último, se verificó la estabilidad de los tratamientos, para comprobar la posible interacción entre ellos. Si al introducirse otro tratamiento, la tendencia no variaba, se podía postular la ausencia de interacción (Ver tabla 3).

Tabla 2
Análisis estadístico de la efectividad del tratamiento

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4
D. I.	C = 0,12 Z = 0,42	C = 0,83 Z = 2,69*	C = 0,28 Z = 0,92	C = 0,72 Z = 2,32*
V. V.	C = 0,74 Z = 2,39*	C = 0,75 Z = 2,42*	C = 0,75 Z = 2,41*	C = 0,07 Z = 2,15*
C. S.	C = 0,83 Z = 2,68*	C = 0,73 Z = 2,36*	C = 0,83 Z = 2,67*	C = 0,7 Z = 2,26*
C. P.	C = 0,65 Z = 2,1*	C = 0,77 Z = 2,5*	C = 0,82 Z = 2,64*	C = Z =

* Z significativa para $p < 0,05$

D. I. = Distancia de interacción

V. V. = Volumen de voz

C. S. = Conducta de saludo

C. P. = Conducta de presentación a extraños

Tabla 3
Análisis estadístico de la estabilidad del tratamiento

	Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4
D. I.	C = 0,34 Z = 1,34	C = 0,18 Z = 0,73	C = 0,44 Z = 1,74	C = 0,6 Z = 2,36
V. V.	C = 0,25 Z = 0,88	C = 0,4 Z = 1,41	C = 0,06 Z = 0,22	C = 0,2 Z = 0,7
C. S.	C = 0,41 Z = 1,26	C = 0,41 Z = 1,29	C = 0,73 Z = 2,26*	C = 0,25 Z = 0,77

* Z significativa para $p < 0,05$

D. I. = Distancia de interacción

V. V. = Volumen de voz

C. S. = Conducta de saludo

Para comprobar la fiabilidad interjueces de las observaciones, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman por sesión y par de observadores, siendo en todos los casos superior a 0,7.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten inferir la eficacia de la técnica del aprendizaje estructurado para el entrenamiento de los sujetos en las cuatro conductas aquí consideradas. Sólo en la conducta denominada «distancia de interacción» no se produjo el cambio de tendencia entre la línea base y la fase de entrenamiento en los sujetos 1 y 3. Esto se debió probablemente al alto nivel inicial de ambos sujetos en dicha conducta.

La interacción entre los tratamientos fue comprobada, debido a que lleva asociada una pérdida de potencia del diseño usado (línea base múltiple entre conductas). Así pues, se analizó el que no existiera cambio de tendencia en la fase de tratamiento de las tres primeras conductas, postulando la inexistencia de interacción, excepto en la conducta de saludo del sujeto 3 y la distancia de interacción del sujeto 4. Los resultados indicaron que los tratamientos fueron estables para un nivel de significación $p < 0,05$ en los demás casos. Este resultado implica una gran potencia del diseño y, por tanto, de los resultados obtenidos, ya que sólo fueron dos los casos en que se presentó interacción entre los tratamientos.

Por último, caba señalar que al aplicar la técnica del aprendizaje estructurado con este tipo de población, hemos hallado algunas dificultades, por lo cual consideramos que sería necesario adaptarla a la misma. Para ello, debería incluirse la fase de retroalimentación en la anterior —juego de roles—, permitiendo que los sujetos se corrijan mientras se realiza esta fase. Ello puede implicar una mayor efectividad de esta técnica, ya que parece que a los sujetos les es más fácil corregir la conducta en el momento, que hacerlo posteriormente de forma verbal.

Asimismo, se considera necesario el diseño de un procedimiento lo más adaptado posible a las condiciones de este tipo de sujetos. De esta forma las sesiones deberían ser cortas, espaciadas y elaboradas de forma que resultaran lo más dinámicas posible. También habría que hacer hincapié en darles a entender el auténtico sentido del trabajo que se realiza.

La línea actual de intervención con la población deficiente mental pretende actuar sobre la competencia social de ésta, como ya vimos anteriormente. De este modo, además de las distintas formas de intervención desde la modificación de conducta ya reseñadas, el entrenamiento en habilidades sociales se presenta como alternativa válida y útil, ofreciendo así una vía aún no suficientemente explotada de tender hacia la integración social del deficiente mental.

Abstract

A social skills training program was designed and applied to group of four mentally retarded subjects, who were inmates in Miraflores Psychiatric Hospital (Sevilla). The

program was based in the structured—learning technics. The main purpose of the present study was to evaluate this program. It was concerned with four basic socialization behaviors: interaction distance, voice level, salutation and introduction. An inter behaviours multiple-baseline design was used. Results lead to conclude the efficacy of the program.

Bibliografía

- BENDER, M. y VALLETUTTI, P. (1983). *Programas para la enseñanza del deficiente mental. 3: Comunicación y socialización*. Barcelona: Fontanella.
- BLANCO, A. (1981). «Evaluación de las habilidades sociales». En Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I. (Eds.) *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide. Cap. 18, págs. 567-606.
- BRENGELMANN, J.C. (1976). «Problemas psicológicos en la reintegración social de los deficientes mentales». *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 2, n.º 2, págs. 19-32.
- CABALLO, V. (1982). «Los componentes conductuales de la conducta asertiva». *Rev. de Psicología General y Aplicada*, vol. 37, n.º 3, págs. 473-486.
- (1983). «Asertividad: definiciones y dimensiones». *Estudios de Psicología*, n.º 13, págs. 52-62.
- (1986). «Evaluación de las habilidades sociales». En Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I. (Eds.) *Evaluación conductual (2ª edición)*. Madrid: Pirámide. Págs. 553-595.
- (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- CABALLO, V. y CARROBLES, J.A.I. (1988). «Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales». *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, vol. 6, n.º 2, págs. 93-114.
- CARDEÑAS, P. et al (1988). «Tratamiento de habilidades sociales: un caso con problemas dermatológicos». *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 14, n.º 39, págs. 135-145.
- CARRASCO, I. (1984). «El entrenamiento en aserción». En Mayor, J. y Labrador, F. J.(eds.). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad, págs. 431-452.
- (1988). «Tratamiento de un problema de aserción en el área laboral». En Maciá, D. y Méndez, F. (Eds.) *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide, págs. 85-100.
- CARROBLES, J.A.I. et al (1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia: Promolibro. (Cap. 4: Depresión y entrenamiento asertivo, págs. 91-108).
- CONCHILLO, A. (1983). «Procedimientos estadísticos para análisis de tendencias». *Informes de Psicología*, págs. 43-51.
- DAVIS, M. et al (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca. (Cap. 12: Entrenamiento asertivo, págs. 137-156).
- GIL, F. (1984). «Entrenamientos en habilidades sociales». En Mayor, J. y Labrador, F. I. (Eds.). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad. Cap. 11, págs. 399-429.
- GÓMEZ MIGUEL, M. JARANA EXPÓSITO, L. et al (1987a). «Problemática de los deficientes mentales institucionalizados en centros psiquiátricos. Situación de los deficientes mentales en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores (Sevilla)». *Apuntes de Psicología*, 3 trimestre, págs. 18-22.
- (1987b). *Memoria del proyecto de atención específica a deficientes mentales del Hospital Psiquiátrico de Miraflores de Sevilla*. IASAM.
- HERSEN, M. y EISLER, R.M. (1976). «Entrenamiento de las aptitudes sociales». En Craighead, K. E. et al (Eds.). *Modificación de conducta*. Barcelona: Omega, 1981, págs. 387-402.
- JARANA, L. (1988). «Entrenamientos en habilidades sociales». En León Rubio, J. M. et al *La Psicología Social en el ámbito sanitario*. Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería, págs. 31-44.
- KELLY, J.A (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: DDB.

- MATHIEU, M. *et al* (1987). «Asertividad y habilidades sociales». En Ladouceur, R. y otros. *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Debate. Cap. 8, págs. 169-202.
- MICHELSON, L. *et al*(1987): «Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento». Barcelona: Martínez Roca.
- MONEREO, C. (1985). «Un análisis crítico de los conceptos vinculados a la integración escolar». *Siglo Cero*, 101, págs 20-31.
- PELECHANO, V. (1984). «Procesos de socialización en la deficiencia mental». *Revista Española de Pedagogía*, 164-165, págs. 203-232.
- (1987). «Habilidades sociales en deficientes mentales adultos». *Siglo Cero*, 109, págs. 12-24.
- PINILLOS, J. L. (1984). «Introducción a las técnicas de modificación de conducta en educación especial». *Revista Española de Pedagogía*, 164-165.
- RIBES, E. (1974). *Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo*. Méjico: Trillas.
- ROTH, E. (1985). «Un Entrenamiento de habilidades en la comunicación. Un reporte experimental. *Análisis y modificación de conducta*, 11, 30, págs. 549-565.
- (1986). *Competencia social. El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. Méjico. Trillas.
- SÁNCHEZ-LLAMOSAS, J. P. (1980). «Planificación normal de los servicios para subnormales». En Saizarbitoria *et al*. *Integración social del subnormal*. Madrid: Karpos. Cap. 2, pp. 27-48.
- SANTACREU, J. (1988). «Tratamiento de un caso de homosexualidad con entrenamiento en habilidades sociales». En Maciá, D. y Méndez, F. (Eds.). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. Madrid: Pirámide, pp. 259-227.
- SPENCE, S. (1979). «Social skills training with adolescent offenders: a review». *Behaviour Psycho-ter.*, pp. 49-56.
- TRYON, W. (1982). «A simplified time-series analysis for evaluating treatment interventions». *Journal of applied behavior analysis*, 15 n° 3, pp. 423-429.