



ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido: 30/05/2016. Aceptado: 24/04/2017

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN ADOLESCENTES CON RETRAIMIENTO SOCIAL EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DE SALUD MENTAL

INTERDISCIPLINARY INTERVENTION EFFECTIVENESS IN ADOLESCENTS WITH SOCIAL WITHDRAWAL IN PARTIAL HOSPITALIZATION OF MENTAL HEALTH

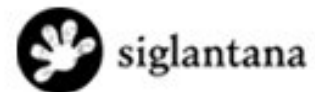
Jordi Torralbas-Ortega¹, Eloísa Arias-Núñez², Joaquim Puntí-Vidal⁵, M.Carmen Naranjo Díaz¹,
David Sánchez-Carracedo⁶, Jezabel Palomino Escrivà³, Montserrat Pàmias Massana⁴

¹Enfermero especialista. ²Terapeuta ocupacional. ³Auxiliar de enfermería. ⁴Psiquiatra infanto-juvenil. Salut Mental Parc Taulí, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí - UAB (IUFPPT-UAB), España. ⁵Psicólogo clínico, Salut Mental Parc Taulí, Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí - UAB (IUFPPT-UAB). Dept. Psicologia Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, España. ⁶Psicólogo clínico y profesor titular de universidad. Dept. Psicologia Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Barcelona, España.

Correspondencia: Jordi Torralbas Ortega. Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell. Barcelona (Spain). Tel: 937458221. e-mail: hdatauli@live.com

Fuente de financiación: este trabajo de investigación fue financiado mediante las ayudas a la investigación de la Fundació Parc Taulí, en la 10ª edición de las "Becas Taulí Recerca i Innovació".

Declaración de Conflicto de Intereses: Los autores declaran explícitamente no poseer ningún conflicto de interés en esta publicación.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:15-26.



RESUMEN

Introducción: El retraimiento social es un rasgo común en diversos trastornos mentales en la infancia y adolescencia, con consecuencias psicológicas y conductuales a largo plazo. Es importante valorar e intervenir en estos casos para permitir un desarrollo y funcionamiento social adecuados en la adolescencia. Este estudio pretende analizar la eficacia de una intervención interdisciplinar específica en retraimiento social para adolescentes con trastorno mental ingresados en hospitalización parcial, comparándola con un grupo control que recibía el tratamiento ambulatorio habitual.

Material y métodos: El grupo intervención estuvo constituido por 38 adolescentes con edad media de 15,2 años, mayoritariamente de sexo masculino, que recibieron la intervención interdisciplinar en hospital de día. El grupo control contó con 38 participantes, la mayor parte chicos, con edad media de 14,6 años. Para la evaluación de la competencia social desde la perspectiva de los profesionales, los padres y los propios adolescentes, se emplearon respectivamente, la Escala de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción Social (ACIS), la Escala de Funcionamiento Social (SFS) y la Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS), en distintos momentos temporales según el grupo (pre, post y seguimiento a los tres meses).

Resultados: Los resultados sugieren una mejora significativa y con tamaño del efecto grande ($d \geq 0,8$) en casi todas las áreas de competencia social tras la intervención interdisciplinar en hospitalización parcial, comparadas con el grupo control.

Conclusiones: Se detallan las modificaciones propuestas para mejorar la eficacia de la intervención de los adolescentes con retraimiento

Palabras clave: Adolescente; Retraimiento Social; Intervención; Competencia Social.

ABSTRACT

Introduction: Social withdrawal is a common feature in different mental disorders in childhood and adolescence, with psychological and behavioral consequences in the long term. It is important to assess and intervene in these cases to allow adequate development and social functioning in the adolescence. This study aimed to analyze the efficacy of a specific interdisciplinary intervention for adolescents with social withdrawal mental disorder, admitted to a partial hospitalization, compared with a control group that received the regular outpatient treatment.

Methods: The intervention group consisted of 38 adolescents with a mean age of 15.2 years, mostly male, who received the interdisciplinary intervention in partial hospitalization. The control group had 38 participants, mostly boys, with a mean age of 14.6 years. Social competence was evaluated from the perspective of professionals, parents and teenagers, using respectively, the scale for the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS), Social Functioning Scale (SFS) and Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) at different time points according to the group (pre, post and follow-up to three months).

Results: The results suggest a significant improvement and large effect size ($d \geq 0.8$) in almost all areas of social competence in interdisciplinary intervention after partial hospitalization, compared with the control group.

Conclusions: Changes are proposed to improve the efficacy of intervention for adolescents with social withdrawal, which is indispensable for their good functioning and future social adjustment.

Key words: Adolescents; Social Withdrawal; Intervention; Social Competence.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo que comprende la maduración física, cognitiva y del comportamiento social, mediada por la interrelación de múltiples tareas de desarrollo y retos personales. Es la etapa donde las relaciones sociales adquieren mayor relevancia, contribuyendo significativamente a la socialización de la persona. Entre las tareas de desarrollo más importantes para el adolescente se citan la independencia emocional de la familia, el establecimiento de la amistad duradera, la identificación con el grupo de pares y la formación inicial de los objetivos profesionales a largo plazo (Albano, 2000).

Mediante la adquisición de las habilidades necesarias el niño busca su identidad personal y social. En esta etapa, el grupo se constituye como el principal elemento educativo y socializador, dotando al sujeto de unas experiencias por las que se forja el aprendizaje social. Por esta razón, la disminución o inexistencia de esta interacción puede constituir una limitación de esta socialización, perjudicando el desarrollo del adolescente a nivel funcional, cognitivo, social y emocional (Rubin y Coplan, 2004; Rubin, Dwyer, Booth-LaForce, Kim, Burgess y Rose-Krasnor et al., 2004; Schneider, 2009) e incrementando su riesgo de morbilidad (Caspi, Harrington, Moffitt, Milne y Poulton, 2006; Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010).

El retraimiento social en la adolescencia es un concepto empleado para definir un estilo comportamental en que el contacto con iguales es escaso, la interacción es muy pobre, las relaciones íntimas son pocas o inexistentes y el intercambio social tiende a ser breve y superficial (Suwa, Suzuki, Hara, Watanabe y Takahashi, 2003; Rubin, Root y Bowker, 2010; Teo, 2010). Algunos autores (Contini, Cohen Imach, Coronel, y Mejail, 2012) constataron la vinculación existente entre retraimiento y aislamiento, y cómo estos factores van configurando un conjunto de características propias en el adolescente, con dificultades para afrontar relaciones interpersonales satisfactorias, y el posterior impacto en la autoestima si persiste en el tiempo.

El retraimiento social acompaña a múltiples trastornos mentales definidos en las clasificaciones diagnósticas, no como un síndrome, con su propia etiología y pronóstico, sino como un signo inespecífico que participa en la definición de los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, tales como el autismo, los trastornos de ansiedad, los trastornos fóbicos, la depresión mayor, los trastornos de personalidad

y la esquizofrenia (Gourzis, Katrivanou y Beratis, 2002; López Ibor y Valdés-Miyar, 2002; Hagopian, Kuhn y Strother, 2009; Matheson, Vijayan, Dickson, Shepherd, Carr y Laurens, 2015).

Aunque se han aplicado diversas connotaciones al concepto, recientemente se ha definido de forma específica como autoaislamiento hacia el grupo de iguales, en diversas situaciones y a lo largo del tiempo, en un intento por clarificar los términos empleados en distintos estudios (Rubin, Coplan y Bowker, 2009). Estos autores establecen así la indiferencia y desinterés de los sujetos hacia la interacción, manteniéndose en distintos momentos y en múltiples ambientes donde se produce (familia, escuela o trabajo, entre otros).

Asimismo, otros autores determinan que esta característica comportamental va más allá de la pobreza de las relaciones interpersonales, comprendiendo la limitación de la actividad relacional y la restricción en la participación grupal y comunitaria, que dificulta la correcta adaptación del individuo (del Barrio-Gándara y Carrasco-Ruiz, 2002; Jiménez Ga-Bóveda, Vázquez-Morejón y Vázquez-Morejón, Jiménez, 2004). Por tanto, hablamos de un término que formaría parte de un continuo dimensional que iría desde la timidez hasta la fobia social o el trastorno de personalidad esquizoide o por evitación (Eggum, Eisenberg, Spinrad, Valiente, Edwards, Kupfer et al., 2009). El retraimiento social se asocia a distintos trastornos, pero a la vez puede relacionarse como desencadenante o factor de riesgo de un variado número de problemas psicológicos a largo plazo y en distintas áreas funcionales (Ezpeleta, Granero, de la Osa y Guillaumon, 2000; Oh, Rubin, Bowker, Booth-LaForce, Rose-Krasnor y Laursen, 2008; Wang, Rubin, Laursen, Booth-LaForce y Rose-Krasnor, 2013).

En términos generales, estos problemas posteriores, se centrarían en el plano de la sintomatología abúlica, ansiosa o depresiva, de carácter más internalizante (Biederman, Hirshfeld-Becker, Rosenbaum, Herot, Friedman, Snidman et al., 2001; Ladd, 2006; Beesdo, Knappe y Pine, 2009; Bowker y Rubin, 2009; Rapee, Schniering y Hudson, 2009; Garber y Weersing, 2010; Morgan, Shaw y Forbes, 2014), sin estar por ello exenta la posibilidad de relacionarse con problemas conductuales externalizantes (Deater-Deckard, 2001; Garnefski, Kraaij y van Etten, 2005; Burgess, Wojslawowicz, Rubin, Rose-Krasnor y Booth-LaForce, 2006; Hutteman, Denissen, Asendorpf y van Aken, 2009; Moreno-Ruiz, Estévez-López, Murgui-Pérez, y Musitu-Ochoa, 2009; Walkup y Rubin, 2012). Estos problemas pueden ser derivados de un aprendizaje in-



adecuado o de la falta de modelos de las conductas adaptativas, o del rechazo que provocan, por parte de los demás, sus respuestas inapropiadas en situaciones de interacción social.

En la Unidad de Hospital de Día de Adolescentes (HDAd) de Salud Mental (SM) de nuestro centro, los adolescentes que lo precisan ingresan en el dispositivo con la finalidad de poder establecer un diagnóstico y/o estabilizar el cuadro psicopatológico que padecen.

Aunque el retraining social no es una característica por la que habitualmente se requiera el ingreso en hospitalización parcial, buena parte de los casos que se atienden presentan este rasgo comportamental (Preti, Rucci, Santone, Picardi, Miglio, Bracco et al., 2009; Guzzetta, Miglio, Santone, Picardi, Norcio, Bracco et al., 2010). Durante el año 2008, muchos de los adolescentes ingresados en la Unidad requirieron atención y cuidados específicos en este área (Torralbas-Ortega, Arias-Nunez, Puntí-Vidal, Naranjo-Díaz y Palomino-Escriba, 2010), así que los profesionales se plantearon realizar una intervención específica dirigida a la mejora de la interacción social, aumento de la implicación social y participación comunitaria de estos jóvenes, basándose en distintos estudios publicados, sobre la intervención en fobia social en la adolescencia (Albano, 2000; García-López, Olivares, Turner, Beidel, Albano y Sánchez-Meca, 2002; Cook, 2008; Ito, Roso, Tiwari, Kendall y Asbahr, 2008). El pilar básico de la intervención planteada era la individualidad de la atención, basada en las necesidades y los objetivos terapéuticos planteados y consensuados con la familia y el propio paciente. Independientemente al diagnóstico psiquiátrico de trabajo o de certeza, la intervención iba específicamente dirigida a los problemas de interacción del adolescente, a sus dificultades de aprendizaje y aplicación, favoreciendo la generalización de los distintos entrenamientos que se realizaban, adaptando la metodología a las particularidades individuales derivadas de los rasgos patológicos o de personalidad.

Esta intervención, realizada desde un contexto de atención integral e interdisciplinar, se inició en el año 2009, empleándose el personal y el material disponible en el dispositivo, adecuando el espacio y el tiempo a las necesidades detectadas en los adolescentes y haciéndolas compatibles con los requerimientos del resto de usuarios ingresados en la Unidad, con el objetivo de facilitar la adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias en el ámbito de la interacción social, con el necesario soporte de la familia en todo el proceso de intervención.

La finalidad de este estudio es la de evaluar la respuesta de la intervención interdisciplinar en los adolescentes con retraining social ingresados en hospitalización parcial de Salud Mental durante los años 2009 y 2010, comparada con la intervención habitual en Consultas Externas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

De los 142 adolescentes ingresados en HDAd de nuestro centro durante 2009 y 2010, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión en el grupo intervención: edad entre los 12 y 18 años, cociente intelectual superior a 70, ingreso con duración superior a un mes y retraining social objetivado en entrevista clínica, según los criterios definitorios que se expusieron anteriormente. El grupo intervención estuvo constituido por 38 adolescentes, mayoritariamente chicos (68,4%) de raza caucásica y de edad media 15,23 años (DE 1,65). Tres de los adolescentes incluidos no acudieron al control de seguimiento a los tres meses del alta.

El grupo control constó de 38 adolescentes (entre 12 y 18 años) con retraining social objetivado y que no hubieran recibido atención en Hospital de día, seleccionados por sus terapeutas habituales, entre los que recibieron la atención ambulatoria habitual en el Centro de SM Infanto-Juvenil de nuestro centro durante los años 2011 y 2012. El 65,8% era de sexo masculino, con edad media de 14,6 años (DE 1,58) y principalmente de raza caucásica. En la tabla I se describen las principales variables de ambas muestras, que muestran diferencias significativas en las variables de absentismo escolar y diagnóstico clínico.

INSTRUMENTOS

Fueron seleccionados los instrumentos que facilitaban información relativa a la variable de estudio desde la perspectiva de los profesionales, los padres y los propios adolescentes, al no existir instrumentos específicos para la medida del retraining social.

Entrevista clínica semiestructurada realizada por el psicólogo clínico de la Unidad, en la que se exploraba la psicopatología motivo de ingreso y se formulaba la orientación diagnóstica de certeza.

Escala de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción Social (ACIS) (Forsyth, Lai y Kielhofner,

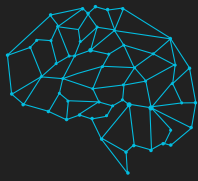


TABLA I. Descripción de los grupos intervención y control

Nº	INTERVENCIÓN (N = 38)	CONTROL (N = 38)	TOTAL N = 76	P*
Edad (años, M) (DE)	15,23 (1,65)	14,60 (1,58)	14,94 (1,62)	0,088
Tiempo pre-post (días, M) (DE)	67,68 (39,01)	76,74 (23,92)	72,21 (32,46)	0,227
Sexo (n (%))				0,807
Masculino	26 (68,4)	25 (65,8)	51 (67,1)	
Femenino	12 (31,6)	13 (34,2)	25 (32,9)	
Grupo étnico (n (%))				0,146
Caucásico	34 (89,5)	31 (81,6)	65 (85,5)	
Latinoamericano	3 (7,9)	4 (10,5)	7 (9,2)	
Marroquí	1 (2,6)	3 (7,9)	4 (5,3)	
Nivel socioeconómico (n (%))				0,098
Bajo	23 (60,5)	14 (36,8)	37 (48,7)	
Medio	12 (31,6)	17 (44,7)	29 (38,2)	
Alto	3 (7,9)	7 (18,4)	10 (13,2)	
Absentismo escolar (n (%))	32 (84,2)	21 (55,3)	55 (72,4)	0,006
Grupo diagnóstico (n (%))				0,012
Tr. del estado de ánimo	11 (28,9)	4 (10,5)	15 (19,7)	
Tr. adaptativo	5 (13,1)	0 (0)	5 (6,6)	
Tr. psicótico	6 (15,8)	8 (21,1)	14 (18,4)	
Tr. generalizado del desarrollo	9 (23,7)	12 (31,6)	21 (27,6)	
Tr. de ansiedad	4 (10,5)	13 (31,6)	17 (22,4)	
Tr. de conducta	3 (7,9)	1 (2,6)	4 (5,3)	

* p: grado de significación.

1999). Valora la habilidad que muestra el adolescente al comunicarse e interactuar con otros, durante el desempeño de una tarea real y no estructurada, y dentro del grupo social al que pertenece. De uso muy habitual en la práctica clínica, la interacción del adolescente es observada por un terapeuta ocupacional entrenado que posteriormente responde la escala. Está formada por 20 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos (1= déficit severo que provoca el quiebre de la interacción grupal, 4= desempeño competente que apoya la continuidad de la acción social) y que se agrupan en tres dominios de comunicación e interacción basados en el Modelo de Ocupación Humana de Fisher y Kielhofner:

físico, intercambio de información y relaciones. Los análisis de la escala se realizaron bajo el modelo de Rasch. El índice de separación de personas para la puntuación total fue de 4,92 con una fiabilidad de 0,96. Los autores también informan que tanto la puntuación total como la de las subescalas son sensibles al cambio. Esta escala se empleó exclusivamente en el grupo intervención.

Escala de Funcionamiento Social (SFS) (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990). Validación española por Torres y Olivares (2005).

Creada para la valoración del funcionamiento social en personas con esquizofrenia en el soporte comunitario, evalúa



siete áreas mediante puntuaciones Likert (0-3, de nada a mucho): aislamiento social, funcionamiento interpersonal, actividades prosociales, ocio, autonomía/competencia, autonomía/desempeño y empleo (esta última no fue analizada por no ajustarse a la edad de la población estudiada). Ofrece una puntuación total (suma) y parciales para cada área, además de información cualitativa del funcionamiento social del joven. Se administró la forma autoinformada al cuidador principal de convivencia. Las puntuaciones de SFS gozan de consistencia interna entre 0,69 y 0,80, y en su análisis factorial se destaca un único factor con valor propio de 3,82, que da cuenta del 54,6% de la varianza.

Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS) (Bosc, Dubini y Polin, 1997). Validación española por Bobes et al., 1999.

Utilizada para la evaluación de la conducta, ajuste y motivación de ajuste social de pacientes con depresión. Mediante sus 20 ítems explora el funcionamiento social a través de cinco áreas (trabajo, familia, ocio, relaciones sociales y motivación/intereses) puntuándolos mediante escala Likert (1-4; nada a mucho). Es una escala autoadministrada, sensible al cambio terapéutico y con elevada fiabilidad ($\alpha = 0.87$).

PROCEDIMIENTO

Tras la aceptación del proyecto de investigación por parte del Comité Ético de nuestro centro, se solicitó consentimiento a todos los participantes y sus familiares para la inclusión de los datos en el estudio, una vez determinada la presencia del rasgo conductual en el adolescente. En el grupo intervención y control se recogieron las variables sexo, edad (en años), nivel socioeconómico (consignado por la trabajadora social, en una escala ordinal de tres ítems: bajo, medio, alto), orientación diagnóstica de certeza (criterios DSM-IV-TR), absentismo escolar (falta de asistencia continuada y voluntaria a la escuela, de forma injustificada, superior al 50% en el mes anterior al inicio de la observación), nivel de funcionamiento social (SFS) y adaptación social (SASS). Estas dos últimas variables fueron recogidas en el grupo intervención en los momentos: inicio del ingreso en HDAd (pre), al alta (post) y seguimiento a los 3 meses de esta; en el grupo control, estas medidas se realizaron tan solo en los momentos pre y post. El grupo intervención fue además valorado a nivel de interacción social, al inicio y finalización del ingreso, por una terapeuta ocupacional en HDAd, con la administración de la escala ACIS. Dado que el grupo control recibe visitas de

carácter ambulatorio, no se pudieron realizar las valoraciones de la ACIS, ya que esta escala precisa de la observación de las interacciones que establece el adolescente con sus pares durante el desempeño de una tarea, por lo que en este grupo se administraron únicamente los cuestionarios SFS y SASS.

INTERVENCIÓN

La intervención consistió en un programa interdisciplinar que incluyó tratamiento psicológico cognitivo-conductual y terapia ocupacional, ambos convencionales en el HDAd de nuestro centro.

Todos los pacientes de HDAd incluidos en el grupo recibieron la siguiente intervención (grupo de intervención):

Sesiones psicoterapéuticas individuales con psicólogo clínico de HDAd (sesiones de una hora de duración a razón de tres semanales durante todo el ingreso). Los contenidos trabajados en las sesiones psicoterapéuticas individuales incluyeron técnicas cognitivo-conductuales, especialmente las que promovieron el desarrollo de la interacción social, principalmente el entrenamiento en habilidades sociales con modelado y el entrenamiento en solución de problemas, adaptados a las necesidades y objetivos consensuados con el propio paciente. También se incluyó la reestructuración cognitiva, exposición y relajación mediante control respiratorio, complementariamente.

Sesiones psicoeducativas individuales y familiares con la enfermera (sesiones individuales con la enfermera de una hora de duración a razón de una sesión semanal durante todo el ingreso, y sesiones familiares con asistencia del padre y/o madre, o cuidador principal en su defecto, de una hora de duración a razón de una sesión semanal durante todo el ingreso). Los contenidos trabajados en las sesiones psicoeducativas individuales consistieron en explicar al paciente y a sus familiares de manera comprensible y adaptada a la singularidad de cada caso, la conducta problema y sus implicaciones en el motivo de ingreso, favoreciendo una mejor comprensión del mismo y consiguiendo una actitud más favorable ante el problema y una mayor motivación al cambio, reforzando los progresos y animando a la consecución de los objetivos. En concreto, con los familiares se favoreció la adopción de un estilo parental positivo con el uso de refuerzo positivo verbal y en actividades gratificantes para el paciente.

Sesiones de terapia ocupacional (sesiones de una hora de duración diariamente de lunes a viernes durante todo el ingreso). Los contenidos trabajados incluyeron la práctica



de las habilidades sociales (ejecución de las habilidades entrenadas en las sesiones psicoterapéuticas, a través de experiencias y talleres de juego y trabajo cooperativo entre el paciente y sus iguales, en concreto, mediante su participación en los talleres de comunicación, actividad deportiva, juegos de mesa, salidas culturales al entorno comunitario y asamblea del grupo de pacientes.

No se utilizaron materiales específicos para ninguna de las sesiones, pero en los casos que lo requirieron por sus dificultades derivadas del retraimiento, se realizaron las adaptaciones necesarias con el objetivo de conseguir una mayor individualización y adherencia. Los talleres implicaban como materiales el uso de papel, lápiz, pizarras, ordenador, pantalla de proyección y distintos juegos de mesa.

La didáctica utilizada en todos los casos estuvo basada en un modelo pedagógico-experiencial (partiendo de las experiencias del propio sujeto) y basada en la teoría del aprendizaje social.

Para el grupo control se realizaron sesiones psicoterapéuticas individuales con el psicólogo clínico -con asistencia del padre y/o madre, o en su defecto, cuidador principal- de 30 minutos de duración a razón de dos mensuales.

Los contenidos trabajados en las sesiones psicoterapéuticas individuales incluyeron las mismas técnicas cognitivo-conductuales que en el grupo de intervención -entrenamiento en habilidades sociales con modelado y el entrenamiento en solución de problemas-, reestructuración cognitiva, exposición y relajación mediante control respiratorio. En concreto, con los familiares se trabajó la adopción de un estilo parental positivo con el uso de refuerzo positivo verbal y en actividades gratificantes para el paciente. No se utilizaron materiales específicos para ninguna de las sesiones,

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de las variables de estudio se realizó empleando el t-test para variables apareadas en las comparaciones intragrupo (SFS, SASS y ACIS) y análisis de la variancia de las puntuaciones de cambio pre-post para el análisis intergrupo (SFS y SASS). El uso de puntuaciones de cambio pretende reducir el impacto de la posible falta de homogeneidad de las puntuaciones de línea base. Para el cálculo del tamaño del efecto se ha calculado la *d* de Cohen (1988) y sus criterios para la valoración de la magnitud, donde se consideran efectos pequeños ($d=.20$), moderados ($d=.50$) y grandes ($d=.80$).

RESULTADOS

Los adolescentes estudiados en ambos grupos tenían como característica común el retraimiento social, objetivado en la entrevista clínica y medido con los instrumentos de estudio.

Los grupos presentan diferencias significativas en el nivel de absentismo escolar (**Tabla I**) y se distribuyen entre varios grupos diagnósticos de forma poco homogénea. Estas diferencias se tuvieron en cuenta a la hora de establecer el modelo de análisis, mostrándose no significativos sus efectos sobre los resultados de la evaluación.

Las puntuaciones en SFS y SASS en ambos grupos se describen en la **tabla II**, mostrándose muy similares en las medidas preintervención, con diferencias significativas en las áreas de funcionamiento interpersonal e implicación social, que nos detallan aspectos de la participación y de la conducta social del adolescente en el momento del análisis.

Con la finalidad de poder controlar estas diferencias y debido al escaso número de participantes en ambos grupos, se trabajó con las puntuaciones de cambio entre las medidas pre y post para el contraste de las comparaciones entre grupos. El análisis, sintetizado en la **tabla III**, muestra diferencias estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto grande en todas las áreas del SFS y en su puntuación global, superior en el grupo intervención, si bien en el área de autonomía/competencia (que explora las habilidades de la persona en su independencia personal) el tamaño del efecto es moderado.

En las puntuaciones globales del SASS, la diferencia es mayor en el grupo intervención, estadísticamente significativa y con magnitud del efecto moderado.

En el análisis de los datos a nivel intragrupo para el grupo intervención (**Tabla IV**), la ACIS muestra un aumento estadísticamente significativo en todas las áreas, con puntuaciones totales superiores entre 12,9 y 18,1 puntos. En el caso de los datos de SFS y SASS (**Tabla V**), la clara tendencia a la mejora observada entre las puntuaciones pre-post se mantiene entre las puntuaciones preseguido con un cambio estadísticamente significativo en todas las medidas.

En el grupo intervención se produce un aumento de la puntuación general del SFS de entre 39,9 y 68 puntos entre la medida pre y la de seguimiento. En la escala SASS, este aumento de la percepción del ajuste social se estima entre los 3,5 y 12 puntos.

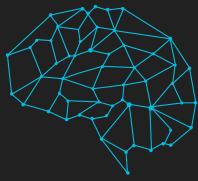


TABLA II. Descripción de variables SFS y SASS en los grupos intervención y control

	PRE		POST	
	INTERVENCIÓN ¹	CONTROL ¹	INTERVENCIÓN ¹	CONTROL ¹
SFS				
Implicación social	7,95 (3,27)	10,66 (2,95)*	12,42 (3,31)	10,34 (3,34)
Funcionamiento interpersonal	10 (5,23)	13,39 (4,72)*	16,55 (4,29)	12,53 (4,84)
Actividades prosociales	11,37(9,58)	14,34 (5,73)	20 (9,55)	13,42 (5,90)
Ocio	13,50 (5,77)	15,08 (6,01)	20,58 (5,57)	15,11 (5,51)
Autonomía/Competencia	24,55 (9,66)	25,71 (6,07)	29,55 (6,11)	25,76 (6,62)
Autonomía/Desempeño	13,95 (8,39)	15,18 (7,24)	22,18 (6,51)	15,79 (6,35)
Puntuación total	81,05 (34,35)	93,97 (25,63)	122,03 (27,71)	93,37 (26,34)
SASS				
Puntuación general	49,29 (15,04)	47,50 (5,80)	57,66 (6,66)	48,16 (7,63)

¹Medias (DE) de puntuaciones directas de SFS (Escala de Funcionamiento Social) y SASS (Escala de Adaptación Social).
*Diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medidas del grupo intervención y control.

TABLA III. Análisis de la eficacia del tratamiento en las puntuaciones de cambio entre la línea base y las medidas postintervención

	INTERVENCIÓN ¹	CONTROL ¹	P	IC 95%	D
SFS					
Implicación social	4,47 (3,64)	-0,32 (2,37)	< 0,001	3,38-6,20	1,40
Funcionamiento interpersonal	6,55 (4,26)	-0,87 (3,01)	< 0,001	5,72-9,11	1,84
Actividades prosociales	8,63 (8,99)	-0,92 (2,74)	< 0,001	6,48-12,62	1,18
Ocio	7,08 (5,29)	0,03 (2,78)	< 0,001	5,11-8,99	1,45
Autonomía/Competencia	5 (9,31)	0,05 (4,87)	0,005	1,53-8,36	0,58
Autonomía/Desempeño	8,24 (8,63)	0,61 (4,23)	< 0,001	4,51-10,76	0,97
Puntuación total	40,97 (34,34)	-0,60 (13,81)	< 0,001	29,51-53,65	1,34
SASS					
Puntuación general	8,37 (14,70)	0,66 (5,17)	0,003	2,62-12,80	0,58

¹Medias (DE) de las puntuaciones de cambio preintervención versus post en SFS (Escala de Funcionamiento Social) y SASS (Escala de Adaptación Social). p = valor de significación; d : tamaño del efecto (Cohen); IC95%: intervalo de confianza de la diferencia de puntuaciones de cambio.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como finalidad el estudio de la eficacia de la intervención interdisciplinar en hospitalización parcial del retraimiento social en adolescentes. Empleando

los recursos disponibles en la Unidad y las recomendaciones de otros autores, se diseñó una intervención que combinaba la exposición con el entrenamiento de habilidades sociales, intensa en número de sesiones, preferentemente en grupo y

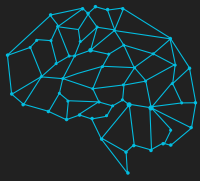


TABLA IV. Diferencias intragrupo de las puntuaciones directas de ACIS en el grupo intervención

GRUPO INTERVENCIÓN (N = 38)	LINEA BASE ¹	POST-INTERVENCIÓN ¹	EFECTO INTRAGRUPO		
			T	P	IC 95
ACIS					
Dominio físico	11,32 (2,15)	16,92 (3,04)	12,15	< 0,001	4,7-6,5
Intercambio Información	17,55 (2,83)	24,24 (4,02)	10,84	< 0,001	5,4-7,9
Relaciones	11,24 (1,75)	14,53 (2,61)	9,64	< 0,001	2,6-4,0
Puntuación general	40,11 (5,69)	55,63 (8,89)	12,06	< 0,001	12,9-18,1

¹Medias (DE) de las puntuaciones directas en ACIS (Escala de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción Social). t: valor del estadístico t-test; p: valor p; IC 95%: intervalo de confianza de la diferencia de medias.

TABLA V. Diferencias Intragrupo de las puntuaciones directas de las variables SFS y SASS en el grupo intervención

GRUPO INTERVENCIÓN (N = 38)	LINEA BASE ¹	POST-INTERVENCIÓN ¹	EFECTO INTRAGRUPO		
			T	P	IC 95
SFS					
Implicación social	8,11 (3,23)	12,69 (3,17)	7,33	< 0,001	3,3-5,8
Funcionamiento interpersonal	10,06 (5,45)	16,71 (4,29)	5,94	< 0,001	4,3-8,9
Actividades prosociales	11,80 (9,75)	25,09 (11,44)	8,23	< 0,001	10-16,6
Ocio	13,74 (5,96)	24,57 (6,53)	8,17	< 0,001	8,1-13,5
Autonomía/Competencia	24,66 (9,94)	31,91 (6,53)	3,90	< 0,001	3,4-11
Autonomía/Desempeño	14,46 (8,49)	25,71 (6,41)	7,20	< 0,001	8,1-14,4
Puntuación total	82,54 (35,30)	136,46 (30,16)	7,81	< 0,001	39,9-68
SASS					
Puntuación general	50,26 (15,08)	56,51 (9,16)	4,45	0,032	4,5-12

¹Medias (DE) de las puntuaciones directas SFS (Escala de Funcionamiento Social) y SASS (Escala de Adaptación Social). t: valor del estadístico t-test; p: valor p; IC 95%: intervalo de confianza de la diferencia de medias.

que permitía elaborar ciertas tareas para ejecutar en casa. La interdisciplinariedad de la intervención facilitaba un abordaje terapéutico donde convergían las aportaciones procedentes de los aspectos específicos y diferenciales de cada una de las disciplinas profesionales, posibilitando la implementación de estrategias de intervención dirigidas a un objetivo común: el abordaje integral de la conducta de retraimiento social a lo largo de todo el proceso de intervención.

En comparación con el grupo control, se objetivó una mejora significativa en la interacción social valorada por las

puntuaciones de las diferentes escalas, evaluadas desde la perspectiva de las distintas personas implicadas: profesionales, familiares y adolescentes, con un tamaño del efecto semejante al obtenido en otros estudios sobre intervenciones en fobia social (García-López et al., 2002; Olivares et al., 2002). Esta mejora se produjo en todas las áreas de desempeño social del adolescente, tanto a nivel de habilidades como de conducta, permitiendo la extrapolación de los resultados a nivel clínico a su espacio social, inicialmente muy limitado.



Aunque en la mayoría de literatura consultada el absentismo escolar no es un problema que se aborde con profundidad (Rubin et al., 2009) y su definición se hace confusa por el empleo de diversos términos por diversos autores (Kearney, 2008), los datos recogidos muestran una prevalencia observada de ausencias injustificadas a asistir a la escuela en el grupo de intervención muy superior en comparación con el grupo control y con otros estudios (Suwa et al., 2003), lo que obligó a realizar una intervención directiva y eficaz que asegurase la continuidad escolar, contando con el soporte académico y social necesario en cada caso, consiguiendo un 92% de reintroducción escolar en este grupo. De todas formas, la falta de continuidad académica en el grupo control corresponde a más de la mitad de la muestra, hecho que debería plantear una intervención ambulatoria interdisciplinar y coordinada que permitiera la reintroducción escolar en todos los casos. Se indicaba en un estudio reciente (Cardozo, 2014) que el desarrollo de habilidades sociales y para la comunicación podía ser en un futuro una directriz educativa de gran relevancia tanto en el contexto escolar como el ámbito familiar. La reintroducción progresiva en el medio académico es una finalidad del tratamiento para poder aumentar el contacto social, facilitando la generalización del entrenamiento realizado en HDAd, al tiempo que se mantiene el soporte terapéutico.

Los cambios en los modelos de relación que se están produciendo en la sociedad actual, sobre todo en los jóvenes, en los que predomina el individualismo, por la disolución de las instituciones colectivas y el aumento de las relaciones virtuales, limitan las posibilidades del adolescente de aprender habilidades sociales (Contini et al., 2012). Esto refuerza la necesidad de intervenciones de este tipo. Aunque se obtuvieron efectos grandes en todas las áreas valoradas, en algunas los efectos fueron moderados, como en autonomía/competencia del SFS. Dada la relevancia de esta área, con el objetivo de facilitar un mayor impacto en los aspectos de autonomía del adolescente, sería conveniente añadir a este tipo de intervenciones talleres específicos que permitiesen un mejor desarrollo personal. Del mismo modo, desearíamos mejorar la percepción de autoeficacia del adolescente, indicado en la valoración del autoinforme de adaptación social, ya que se considera un elemento esencial para el desarrollo de las habilidades sociales durante su entrenamiento (Hernández-Lira, Ramírez-Beltrán y Díaz-Pineda, 2011). Finalmente, sería conveniente que el programa de intervención incluyera

una valoración semanal de los progresos del adolescente en la interacción con los demás usuarios, que pudiera ser analizada junto con su terapeuta referente y la familia, posibilitando el refuerzo positivo de sus conductas adaptativas y mejorando su percepción de autoeficacia.

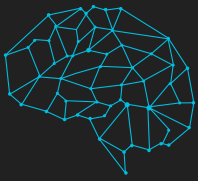
El bajo número de participantes se ha mostrado como una de las principales limitaciones del estudio. Se esperaba un mayor número de casos en la muestra derivado del estudio de prevalencia realizado anteriormente (Torralbas-Ortega et al., 2010), pero los criterios de exclusión aplicados en el estudio y la baja tasa de ingresos con retraimiento social en el período estudiado, redujeron de forma importante la muestra seleccionada, lo que no nos permitió analizar de forma sistemática otras variables que pudieron modificar el resultado de la eficacia de la intervención, tales como el tratamiento farmacológico seguido, psicopatología parental, rasgos de personalidad, duración del tratamiento o sexo, entre otras. El establecimiento de un grupo control confirió especificidad al efecto observado, pero su reclutamiento fue complicado, ya que no fue posible establecer un grupo equivalente dentro de la misma unidad de tratamiento, ni conseguir la medida de la ACIS en el control ambulatorio.

El empleo de medidas obtenidas por diversos informantes nos permitió establecer un mayor control de la mejora en la interacción y competencia social, en línea con los protocolos de evaluación utilizados por otros autores (Rubin et al., 2009; Hernández-Lira et al., 2011).

Es necesario continuar el camino emprendido, adaptando el programa de intervención a la práctica clínica, mejorando aquellos aspectos que han obtenido menor magnitud de cambio en la valoración de la eficacia, con la finalidad de abordar de una forma integral el retraimiento social en la adolescencia.

Los excelentes resultados conseguidos en este y otros estudios nos animan a continuar en esta línea de trabajo, que facilita la adaptación social de los jóvenes, evitando las consecuencias negativas que el desarrollo y mantenimiento del retraimiento social puede ocasionar, y permitiendo un ajuste social adecuado de los jóvenes con este estilo comportamental.

Estas intervenciones no deberían quedar únicamente en el ámbito hospitalario. Para realizar un abordaje integral del retraimiento social es importante tener en cuenta también los diferentes ámbitos de actuación de los adolescentes. Los buenos resultados obtenidos hacen pensar en la necesidad



Eficacia de una Intervención Interdisciplinar en Adolescentes ...

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1):1:15-26.

J. Torralbas-Ortega y cols.

de afianzar las interacciones con la familia y las instituciones escolares, con la finalidad de mejorar el entorno de estos jóvenes, facilitando así su participación social.

De la misma manera, pensamos que la extensión de estas intervenciones al ámbito familiar y escolar, además de actuar como soporte y mantenimiento de los logros alcanzados, tiene un carácter preventivo y de promoción de la salud, ya que impulsan y apoyan estilos de relación saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albano AM. Treatment of Social Phobia in Adolescents: Cognitive Behavioral Programs Focused on Intervention and Prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2000;14(1):67-76.
2. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2009; 32(3):483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002.
3. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF, Herot C, Friedman D, Snidman N, Faraone SV. Further Evidence of Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(10):1673-79. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1673.
4. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1990;157:853-9.
5. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Corominas A, Adan A, Sánchez J, Such P. Validation of the Spanish version of the social adaptation scale in depressive patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 1999;27(2):71-80.
6. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 1997;7(Suppl 1): S57-70; discussion S71-3.
7. Bowker JC, Rubin KH. Self-consciousness, friendship quality, and adolescent internalizing problems. *The British Journal of Developmental Psychology*. 2009;27(Pt 2):249-67.
8. Burgess KB, Wojslawowicz JC, Rubin KH, Rose-Krasnor L, Booth-LaForce C. Social information processing and coping strategies of shy/withdrawn and aggressive children: does friendship matter? *Child Development*. 2006;77(2):371-83. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00876.x.
9. Cardozo G. Habilidades para la vida en adolescentes: diferencias de género, correlaciones entre habilidades y variables predictoras de la empatía. *Psicología Desde El Caribe*. 2014;28:107-32.
10. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2006;160(8): 805-11. doi:10.1001/archpedi.160.8.805.
11. Contini EN, Cohen Imach S, Coronel CP, Mejail S. Agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias Psicológicas*. 2012;6:17-28. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-40942012000100003&nrm=iso.
12. Contini EN, Lacunza AB, Medina SE, Alvarez M, González M, Coria V. Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Itzcala*. 2012;15(1):127-49. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/30907>.
13. Cook CR. Social Skills Training for Secondary Students With Emotional and/or Behavioral Disorders: A Review and Analysis of the Meta-Analytic Literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2008;16(3):131-44. Recuperado de [http://ebx.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/131?maxtoshow=y&HITS=10&yhits=10&RESULTFORMAT=y&fulltext=\(%22social+with+drawal%22+and+adolesc+and+\(treatment+or+therapy\)ysearchid=1y&FIRS-TINDEX=20yresourcetype=HWCI](http://ebx.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/131?maxtoshow=y&HITS=10&yhits=10&RESULTFORMAT=y&fulltext=(%22social+with+drawal%22+and+adolesc+and+(treatment+or+therapy)ysearchid=1y&FIRS-TINDEX=20yresourcetype=HWCI).
14. Deater-Deckard K. Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2001;42(5):565-79.
15. Del Barrio-Gándara MV, Carrasco-Ruiz MA. Trastornos emocionales: depresión y retraimiento social. In: Servera M (ed). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. Madrid: Ed. Pirámide; 2002. pp. 179-215.
16. Eggum ND, Eisenberg N, Spinrad TL, Valiente C, Edwards A, Kupfer AS, Reiser M. Predictors of withdrawal: possible precursors of avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*. 2009; 21(3):815-38. doi:10.1017/S0954579409000443.
17. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Guillamon N. Predictors of functional impairment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2000;41(6):793-801.
18. Forsyth K, Lai J-S, Kielhofner G. The Assessment of Communication and Interaction Skill (ACIS): Measurement Properties. *British Journal of Occupational Therapy*. 1999;62(2):69-74.
19. Garber J, Weersing VR. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2010;17(4):293-306. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x.
20. García-López LJ, Olivares J, Turner SM, Beidel DC, Albano AM, Sánchez-Meca J. Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (ii): clinical significance and effect size. *Psicología Conductual*. 2002;10(2):371-85.
21. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*. 2005;28(5):619-631. doi:10.1016/j.adolescence.2004.12.009.
22. Gourzis P, Katrivanou A, Beratis S. Symptomatology of the Initial Prodromal Phase in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2002; 28(3):415-29. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/28/3/415.abstract>.
23. Guzzetta F, Miglio R, Santone G, Picardi A, Norcio B, Bracco R, de Girolamo G. First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: clinical characteristics and reasons contributing to admission: findings from a national survey. *Psychiatry Research*. 2010;176(1):62-8.
24. Hagopian LP, Kuhn DE, Strother GE. Targeting social skills deficits in an adolescent with pervasive developmental disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2009;42(4):907-11.
25. Hernández Lira NA, Ramírez Beltrán B, Díaz Pineda C. Terapia Cognitivo – Conductual y Entrenamiento en Habilidades Sociales para Esquizofrenia. *Psiquiatria.com*, 2011;15. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/3462>
26. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
27. Hutteman R, Denissen JJA, Asendorpf JB, van Aken MAG. Changing dynamics in problematic personality: A multiwave longitudinal study of the



- relationship between shyness and aggressiveness from childhood to early adulthood. *Development and Psychopathology*. 2009; 21(Special Issue 04), 1083. doi:10.1017/S0954579409990058.
28. Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30:s96-s101.
29. Jimenez Ga-Boveda R, Vázquez Morejon AJ, Vázquez-Morejon Jiménez R. Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*. 2004;22(1):111-20.
30. Kearney C. An Interdisciplinary Model of School Absenteeism in Youth to Inform Professional Practice and Public Policy. *Educational Psychology Review*. 2008;20(3):257-82. doi:10.1007/s10648-008-9078-3.
31. Ladd GW. Peer Rejection, Aggressive or Withdrawn Behavior, and Psychological Maladjustment from Ages 5 to 12: An Examination of Four Predictive Models. *Child Development*. 2006;77(4):822-46. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00905.x.
32. López Ibor JJ, Valdés Miyar M. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson; 2002.
33. Matheson SL, Vijayan H, Dickson H, Shepherd AM, Carr VJ, Laurens KR. Systematic meta-analysis of childhood social withdrawal in schizophrenia, and comparison with data from at-risk children aged 9–14 years. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;47(8):1061-68. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.03.013.
34. Moreno Ruiz D, Estevez Lopez E, Murgui Pérez S, Musitu Ochoa G. Social reputation and relational violence in adolescents: the role of loneliness, self-esteem and life satisfaction. *Psicothema*. 2009;21(4):37-542.
35. Morgan JK, Shaw DS, Forbes EE. Fearfulness moderates the link between childhood social withdrawal and adolescent reward response. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2014. doi:10.1093/scan/nsu113.
36. Oh W, Rubin KH, Bowker JC, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L, Laursen B. Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2008; 36(4):553-66. doi:10.1007/s10802-007-9199-z.
37. Olivares J, García-López LJ, Beidel DC, Turner SM, Albano AM, Hidalgo MD. Results at long-term among three psychological treatments for adolescents with generalized social phobia (i): statistical significance. *Psicología Conductual*. 2002;10(1):147-64.
38. Preti A, Rucci P, Santone G, Picardi A, Miglio R, Bracco R, ... de Girolamo G. Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*. 2009;39(3):85-496.
39. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009;5:311-41. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.
40. Rubin KH, Coplan RJ. Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2004;50(4):506-34.
41. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker, J C. Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*. 2009;60:141-71. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642.
42. Rubin KH, Dwyer KM, Booth-LaForce C, Kim AH, Burgess KB, Rose-Krasnor L. Attachment, Friendship, and Psychosocial Functioning in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. 2004;24(4):326-56. doi:10.1177/0272431604268530.
43. Rubin KH, Root AK, Bowker J. Parents, peers, and social withdrawal in childhood: A relationship perspective. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2010(127):79-94. doi:10.1002/cd.264.
44. Schneider BH. An observational study of the interactions of socially withdrawn/anxious early adolescents and their friends. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(7):799-806. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02056.x.
45. Suwa M, Suzuki K, Hara K, Watanabe H, Takahashi, T. Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57(6):586-94.
46. Teo AR. A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2010;56(2):178-85. doi:10.1177/0020764008100629.
47. Torralbas-Ortega J, Arias-Nunez E, Punti-Vidal J, Naranjo-Diaz MC, Palomino-Escriba J. Profile of adolescents with social withdrawal admitted to a partial hospitalization unit of Mental Health. *Enfermería Clínica*. 2010;20(1), 17-22. doi:10.1016/j.enfcli.2010.01.001.
48. Torres A, Olivares JM. Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2005;33(4):216-20.
49. Walkup JT, Rubin DH. Social Withdrawal and Violence – Newtown, Connecticut. *New England Journal of Medicine*. 2012;368(5): 399-401. doi:10.1056/NEJMp1215605.
50. Wang JM, Rubin KH, Laursen B, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L. Preference-for-Solitude and Adjustment Difficulties in Early and Late Adolescence. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*. 2013;42(6):834-42. doi:10.1080/15374416.2013.794700.