

TERAPIA OCUPACIONAL EN ADOLESCENTES CON RETRAIMIENTO SOCIAL: ANÁLISIS DE LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL.

OCCUPATIONAL THERAPY IN ADOLESCENTS WITH SOCIAL WITHDRAWAL: ANALYSIS OF THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE AREAS.

Palabras clave: Retraimiento social, Terapia Ocupacional, adolescentes, hospitalización parcial, trastorno mental, desempeño ocupacional, habilidades de comunicación e interacción.

Key Words: Social withdrawal, Occupational Therapy, adolescents, day care, mental disorder, occupational performance, communications and interaction skills.

DeCS: terapia ocupacional, adolescentes, Cuidados Diurnos.

MeSH: occupational therapy, Adolescent , Day Care.



Autores:

Dña. Eloísa Arias Núñez

Terapeuta ocupacional. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí (C.S.P.T.), Sabadell (Barcelona).

Email: earias@tauli.cat

D. Joaquim Puntí Vidal

Psicólogo Clínico. Coordinador Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. C.S.P.T., Sabadell (Barcelona)

D. Jordi Torralbas Ortega

Enfermero. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. C.S.P.T., Sabadell (Barcelona)

Dña. María Carmen Naranjo Díaz

Enfermera. Centro de Salud Mental Infanto – juvenil. C.S.P.T., Sabadell (Barcelona)

Dña. Jezabel Palomino Escrivá

Auxiliar de Enfermería. Hospital de Día de Adolescentes de Salud Mental. C.S.P.T., Sabadell (Barcelona)

Introducción

Se define la adolescencia como la etapa de la vida que da paso y prepara al individuo para la integración en el mundo del adulto. Para ello, el adolescente debe adquirir unas habilidades que serán las que le ayudarán a desenvolverse de forma autónoma en su vida diaria, dejando atrás la dependencia hacia sus cuidadores. El joven inicia ahora la búsqueda de una identidad personal y social; empieza a considerarse diferente a los demás y se construye como una unidad propia, y esto lo hace a través del grupo de iguales, con los que se identifica y se diferencia de los adultos. El grupo es ahora la institución socializadora por excelencia, y a partir de estas experiencias de aprendizaje social se forjarán las futuras relaciones. Por esta razón, para que el desarrollo social y de la autonomía sea óptimo son cruciales las relaciones positivas con los compañeros.

RESUMEN

En la adolescencia, el grupo es la institución socializadora por excelencia, por ello son cruciales las relaciones positivas con los iguales. Pero muchos adolescentes son incapaces de establecer relaciones personales satisfactorias, como sucede en el retraimiento social. Jóvenes que adoptan un estilo de comportamiento en el que evitan el contacto interpersonal, y poco a poco van limitando su participación en actividades. En la disfunción psicosocial en la infancia y la adolescencia la Terapia Ocupacional tiene como objetivo principal mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. En la unidad de hospitalización parcial de adolescentes de Salud Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí (C.S.P.T.) de Sabadell (Barcelona), se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo con adolescentes ingresados durante el año 2008, que presentaban características compatibles con el retraimiento social. Los resultados obtenidos muestran un perfil ocupacional muy similar; el déficit en las habilidades de comunicación e interacción condiciona las relaciones con los iguales, la participación en actividades propias de la edad es menor, y hay una mayor dependencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria básica e instrumental. La limitación en el funcionamiento interfiere en la recuperación y el desarrollo evolutivo de estos jóvenes.

SUMMARY

Groups are the main socializing institutions for adolescents. This is why a positive relationship with one's peers is crucial. However many adolescents are incapable of establishing satisfactory personal relationships, which occurs with those who are socially withdrawn. These teenagers adopt a behavioural style in which they avoid interpersonal contact and gradually reduce their participation in activities. In terms of psychosocial dysfunction in infancy and adolescence, the main objective of Occupational Therapy is to promote development and prevent disability. The adolescent outpatients care unit at the Mental Health Department of the Corporació Sanitària Parc Taulí (C.S.P.T.) in Sabadell (Barcelona) has carried out an observational descriptive retrospective study of adolescents admitted in 2008 who showed signs of social withdrawal. The final result shows a very similar occupational profile; the deficit in their communicative and interactive skills defines their relationships with their peers, they participate less in activities with people of their own age and they find it much more difficult to complete basic daily activities. These functional limitations interfere with their recovery and the evolutionary development of the teenagers.

Como citar este documento:

Arias Núñez E, Puntí Vidal J, Torralbas Ortega J, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J. Terapia ocupacional en adolescentes con retraimiento social: análisis de las áreas de desempeño ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [-fecha de la consulta-]; 8(13): [15p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/original5.pdf>

Texto recibido: 05/04/2010

Texto aceptado: 13/01/2011

entre la competencia social, la enfermedad mental y su posterior proceso de rehabilitación (3,4,5). Otras investigaciones posteriores y recientes muestran que el aislamiento o retraimiento social está presente en diversos trastornos psiquiátricos, y que puede ser un factor de riesgo y vulnerabilidad (6,7,8,9).

Pero muchos jóvenes son incapaces de establecer relaciones personales satisfactorias con otras personas. Como sucede en el retraimiento social. Hablamos de adolescentes que adoptan un estilo de comportamiento en el que el contacto interpersonal con iguales es escaso, la interacción es muy pobre, las relaciones íntimas son pocas o inexistentes, y el trato tiende a ser breve y superficial. Jóvenes que evitan cualquier forma activa de relación social, y que poco a poco van limitando su participación en actividades prosociales (1,2). Según lo dicho, podemos afirmar que el retraimiento social en la adolescencia es un fenómeno relevante en la vida de la persona. Diversos estudios reconocen la importancia que desempeña la interacción social en el desarrollo del individuo, y establecen una relación directa

También la O.M.S., en la nueva clasificación de la salud en 2001, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (C.I.F.), habla de la discapacidad basándose en diferentes componentes, entre ellos la limitación en la actividad, como las dificultades que un individuo puede tener para realizar una actividad, y la restricción en la participación, como los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales (10).

Si el objetivo principal de la terapia ocupacional es mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad, es evidente el papel fundamental que tiene nuestra disciplina en el retraining social. L. Florey, haciendo referencia a la disfunción psicosocial en la infancia y la adolescencia, refiere que la terapia ocupacional se dedica a determinar la medida en que la enfermedad dificulta o empobrece el comportamiento ocupacional, y a identificar los pasos para mejorar la disfunción y estimular el desarrollo (11).

La unidad de hospitalización parcial de adolescentes de Salud Mental de la C.S.P.T. de Sabadell (Barcelona), es un dispositivo asistencial integrado por diferentes profesiones en la que se incluye la Terapia Ocupacional. El equipo interdisciplinar está formado por un psicólogo, un diplomado en enfermería, un profesor, una auxiliar de enfermería, y una terapeuta ocupacional, además del equipo de psiquiatras referentes de cada usuario, y de la dedicación de la trabajadora social en aquellos casos que lo requieran. El recurso atiende principalmente a una población de usuarios con trastornos mentales con una edad comprendida entre los 12 y 18 años. Los grupos diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo y, de la conducta alimentaria. El objetivo principal del Hospital de Día es proporcionar una atención individualizada que facilite el desarrollo integral del adolescente, y contribuya a la eficaz adaptación en su entorno habitual.

De los usuarios ingresados en la unidad de hospitalización parcial durante el 2008, el 43,4% presentaban características comportamentales compatibles con el retraimiento social, observándose un perfil ocupacional similar. El presente artículo se estructura bajo la referencia del Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner G., 2004) y utiliza el Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2002), con el fin de analizar las áreas de ocupación afectadas en los adolescentes observados (12,13). El objetivo es llevar a cabo una descripción de las características generales de esta población, que aporte un mayor conocimiento sobre el impacto que esta problemática tiene en el funcionamiento, y de esta manera poder ofrecer un abordaje terapéutico lo más ajustado posible.

Metodología

Con la intención de conocer el efecto que tiene en los jóvenes el retraimiento social y las repercusiones en el desarrollo evolutivo, se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Para tal propósito, se registró el comportamiento ocupacional de los usuarios ingresados en la unidad de hospitalización parcial de adolescentes de Salud Mental durante el 2008 que reunían características de retraimiento o aislamiento social. Los resultados se obtuvieron a partir de los registros realizados durante la estancia en el dispositivo y de los datos recogidos con los instrumentos de evaluación.

En el estudio se incluyeron jóvenes con una edad comprendida entre 12 y 18 años que presentaban un estilo de comportamiento compatible con el retraimiento social. Los datos recogidos de cada uno de estos usuarios fueron los siguientes: variables personales (sexo y edad cronológica en años), fecha de ingreso y alta del dispositivo (obteniéndose el total de días de estancia en la unidad), y su desempeño en las áreas de ocupación. Para la evaluación de las habilidades que mostraban al interactuar con otros iguales, se utilizó la escala de Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), de

Forsyth et al. (1995). Esta escala observacional identifica y evalúa los déficits o limitaciones existentes en la relación social que establece una persona durante el desempeño de una ocupación. Los 20 ítems representan tres dominios: físico, intercambio de información y relaciones. Cada habilidad es graduada de acuerdo a una escala tipo likert que va desde el desempeño competente que apoya la acción social (puntuación 4), a un déficit severo que provoca el quiebre de la interacción (puntuación 1) (14,15). La ACIS se aplicó a todos los adolescentes que reunían criterios de inclusión en la primera semana del ingreso, cuando el usuario ya conocía el grupo, los profesionales y el funcionamiento de la unidad. Este instrumento nos proporcionó datos acerca de la habilidad que mostraba el joven al comunicarse e interactuar con otros, durante el desempeño de una tarea y dentro de un grupo social.

Para el análisis posterior del perfil ocupacional de los adolescentes estudiados, se utilizaron los registros de Terapia Ocupacional en los que se identificaban los problemas relacionados con las áreas ocupacionales, los componentes de desempeño (habilidades y destrezas), los patrones de desempeño, el ambiente, las demandas de la actividad, y las características personales de los usuarios, utilizando como referencia el Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA (AOTA, 2002).

En el análisis de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS 17.0, expresando los resultados de las variables cuantitativas en forma de media y desviación estándar, y las variables categóricas expresadas en forma de frecuencia y porcentajes. Se utilizaron los test de Mann-Whitney para comparar variables continuas y el de la χ^2 para comparar porcentajes, considerando significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Los datos que se obtuvieron a partir del estudio realizado en nuestra unidad durante el año 2008, muestran que de 76 adolescentes que recibieron atención

y tratamiento en nuestro dispositivo, 33 cumplían criterios de retraimiento social, lo que supone un 43,4% de la población atendida en hospital de día en ese período. Se observó que la duración de la estancia en el dispositivo, en los chico/as que presentaban un estilo comportamental de retraimiento social, fue superior a la de los otros chico/as, con una media de 74 días de ingreso frente a las 45 jornadas del grupo general de pacientes ($p < 0,001$, diferencia estadística significativa). La distribución entre sexos fue similar, siendo un 54,5% masculina y un 45,5% femenina, y la edad media de los adolescentes con retraimiento social fue de 15,2 años (SD 2,18), la misma que la media de edad del grupo general de adolescentes, abarcando todas las franjas de edad, de 12 a 18 años.

La observación conductual llevada a cabo durante el tiempo de permanencia en el hospital de día y la historia de vida del grupo de adolescentes socialmente retraídos, proporcionaron un perfil ocupacional muy similar en la población estudiada:

- **Análisis del desempeño ocupacional**

Áreas de desempeño ocupacional:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): En un 69.7% de los casos, había un abandono de las actividades relacionadas con el autocuidado. Estos jóvenes solían no ser tan cuidadosos con su imagen personal, por lo que descuidaban aspectos como el peinado, la depilación o el afeitado, las tendencias actuales en la ropa,... e incluso, en algunos casos había un abandono importante de los hábitos de higiene.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Se observó que el 78.8% de los adolescentes observados no habían adquirido las habilidades instrumentales que, en base a la edad cronológica, deberían estar ya integradas. La utilización del transporte público, moverse por el barrio, ir a comprar, hacer gestiones sencillas,... son actividades que para poder realizarlas necesitaban tener el apoyo de un adulto.

- Educación / Trabajo: Los datos recogidos mostraron que la mayoría de los jóvenes incluidos en el estudio presentaban absentismo escolar o laboral, suponiendo el 85% del total de adolescentes estudiados. Los menores de 16 años que mantenían la vinculación al recurso formativo, I.E.S., por lo general tenían un rendimiento escolar bajo, y había un retraso en la adquisición de conocimientos en las diferentes materias académicas; muchos de estos adolescentes habían repetido algún curso. Los mayores de 16 años no realizaban ninguna actividad productiva, bien porque después de la E.S.O. no habían continuado los estudios o por abandono de los mismos, y aunque algunos pocos verbalizaban su interés por trabajar, existía una ausencia de iniciativa en la búsqueda y acercamiento al mundo laboral.
- Juego: En la historia ocupacional destacaban las actividades solitarias o con pocos participantes (78.8%). Existía una preferencia por los juegos de mesa o juegos tranquilos, en los que la exposición ante los demás compañeros era menor. No se mostraban competitivos en el deporte, por lo que no destacaban en el juego, y esto hacía que sus compañeros prefirieran no elegirlos como integrantes de un equipo. Dispuestos a aceptar todas las reglas del juego, se conformaban fácilmente, y a menudo se convertían en víctimas de trampas por parte de otros iguales. El repertorio de juegos y actividades lúdicas era muy limitado; solían rechazar oportunidades de explorar nuevos juegos o nuevas formas de diversión.
- Tiempo libre: Debido al déficit de actividades, disponían de mucho tiempo libre que no empleaban productivamente. Ocupaban el tiempo en el ordenador, viendo la televisión, escuchando música,... o incluso en la cama sin hacer nada. Algunos tenían intereses solitarios como dibujar,... No eran grandes seguidores de los movimientos juveniles (música, moda, cine,...) Para la mayoría de estos chicos/as las actividades de ocio eran escasas y estaban vinculadas al núcleo familiar más cercano, por lo que éstas diferían bastante de las actividades en las que solían participar otros chicos/as de la misma edad.

Patrones de desempeño ocupacional:

- Hábitos y rutinas: De los jóvenes estudiados se observó que en el 81.8% existía una tendencia a la inactividad y al sedentarismo. Pasaban solas muchas horas, generalmente encerrados en su habitación. En muchos de los casos, se vio que existía una falta de estructura en la rutina diaria; se acostaban y se levantaban tarde, no mantenían un horario para las comidas, había una desorganización en los hábitos de higiene,...
- Roles: Habían abandonado sus quehaceres cotidianos y evitaban el cumplimiento de sus responsabilidades. Tenían pocos amigos, y en algunos casos de mayor gravedad no tenían ninguno.

Componentes de desempeño ocupacional:

- Habilidades motoras: Se observó un enlentecimiento a nivel motor y escasa actividad física en el 81.8% de los casos. Los movimientos eran rígidos y había una ausencia de espontaneidad. La mayoría de estos adolescentes presentaba una baja tolerancia al esfuerzo y pronto se fatigaban.
- Habilidades de procesamiento: Mostraban dificultades para centrarse en las tareas; dirigían toda su atención hacia el entorno, sobre todo hacia el grupo de iguales.
- Habilidades de comunicación e interacción: Los datos obtenidos a partir de la administración de la ACIS mostraron que los adolescentes sometidos a estudio disponían de un repertorio pobre y deficitario de habilidades de comunicación e interacción cuando se relacionaban con otros iguales. En la administración de esta escala, sobre una puntuación total de 80, la puntuación máxima obtenida por estos sujetos fue de 50. Ninguno de ellos superó esta cifra, estando la media en 42 +/- 4,87, lo que indica la presencia de un déficit que interfiere la relación social. Se observaron formas de relación muy similares en todos los adolescentes que se incluyeron en el estudio, cuando interactuaban con el grupo de iguales durante la primera fase de la estancia en el dispositivo. Se mostraban mutistas y evitaban el contacto visual. Mantenían una distancia corporal

mayor, en ocasiones, sentándose lejos del resto del grupo. Para involucrarse en las actividades e integrarse al grupo de trabajo precisaban de la intervención de los profesionales. Se mostraban poco comunicativos, y en algunos casos sólo contestaban a preguntas directas y respondiendo con monosílabos. Al hablar empleaban un tono de voz bajo, con pocas inflexiones y sin acompañamiento de lenguaje gestual. Cuando llegaban o entraban en una sala evitaban saludar, y al marchar, lo hacían sin despedirse. Pocas veces mostraban sus emociones y en las relaciones que establecían eran siempre respetuosos y conformistas. Este comportamiento les llevaba a ser ignorados por sus compañeros y a que sus intereses no se tuvieran en cuenta.

Ambiente:

- Hospital de Día: Todos los adolescentes incluidos en el estudio se mostraron muy susceptibles al entorno. Se observó que había un mejor funcionamiento a medida que el número de participantes en los talleres o actividades grupales era menor. También se observó que la participación era mayor cuando la dinámica del dispositivo dejaba de ser desconocida, el entorno mantenía una estructura, y se conocían bien los espacios y materiales existentes. El tiempo de exploración y adaptación al recurso fue significativamente superior para estos adolescentes.

Demandas de la actividad:

Había una restricción en la participación de actividades prosociales. Estas actividades, que llevan implícito la interacción con otros, se convierten en escenarios que provocan un elevado nivel de estrés en estos jóvenes, por lo que poco a poco van limitando su participación en ellas. Se observó que la participación en actividades que eran dirigidas por un adulto y en las que el papel que debían desempeñar quedaba bien definido, eran mejor toleradas.

Características personales:

- Volición: Se observó una alteración importante en la capacidad volitiva. Verbalizaban pocos intereses, no mostraban sus preferencias a la hora de elegir y se implicaban poco en las actividades. Tenían dificultades para expresar sus opiniones y había inseguridad en sus respuestas. Les costaba tomar decisiones sencillas, e incluso en la elección de una actividad, y dejaban que los demás decidieran por ellos. El sentido de capacidad y competencia personal estaba alterado, en muchas ocasiones no se sentían capaces de desempeñar una tarea o actividad, o de reconocer un buen resultado en sus acciones.

Discusión

En Terapia Ocupacional se define el desempeño ocupacional como la habilidad para llevar a cabo una actividad o una ocupación a partir de la interacción entre la persona, el contexto y la actividad. Por este motivo, se ha analizado el desempeño ocupacional de estos adolescentes, para incidir en los déficits o limitaciones y poder ofrecer una intervención ajustada a sus necesidades, apoyándonos en los recursos y habilidades que poseen, utilizándolos como bases firmes en el proceso de rehabilitación o habilitación. Se han considerado además las demandas de la actividad, así como el entorno físico y social en el que se desenvuelven, y se ha actuado sobre ellos.

Los resultados priorizados, con el fin de intervenir sobre ellos, han sido los siguientes:

- Los resultados en la ACIS indican la existencia de un importante déficit en las habilidades que estos chico/as utilizan para interactuar con otros, interfiriendo en la calidad de la relación, y llegando en casos severos a romper y/o impedir el surgimiento de la acción social.
- El abandono de las actividades de autocuidado o descuido de la imagen personal puede dificultar la aceptación por parte de otros iguales, y en consecuencia interferir en las relaciones sociales que establecen.

- La dependencia hacia los adultos y el déficit existente en la participación de actividades en general, sobre todo en actividades prosociales, provoca un retraso en la adquisición de las habilidades para desenvolverse de forma autónoma.
- Y la alta incidencia de absentismo o abandono escolar (85%), supone no recibir la preparación necesaria para iniciarse al mundo laboral, con el consiguiente riesgo de exclusión social. Además, la prolongación del ingreso provoca una ruptura mayor con el entorno normalizado y complica el proceso de integración a la vida normal.

En base a estos datos, la intervención que se lleva a cabo desde Terapia Ocupacional con estos usuarios se centra principalmente en mejorar la participación social y académica, con la finalidad de capacitarles para que puedan disfrutar de las mismas oportunidades de participación que tienen otros adolescentes de la misma edad y entorno cultural, considerando sus limitaciones y ofreciendo los apoyos necesarios. Los objetivos que se pretenden conseguir son los siguientes:

- Aumentar la interacción social y mejorar las formas de relación que mantienen con otros iguales.
- Mejorar la organización personal, incidiendo en el autocuidado, los hábitos y la rutina.
- Reducir la dependencia hacia los cuidadores o adultos en la realización de actividades instrumentales.

A través de la ocupación, como instrumento terapéutico, y la modificación del ambiente, tanto el físico como el social, se crean grupos de trabajo donde se promueve la participación y cooperación de los integrantes, proporcionando un espacio en el que estos adolescentes, a través de actividades seleccionadas y adaptadas, tienen la oportunidad de tener experiencias de aprendizaje social al interactuar con otros. Con estas interacciones, los jóvenes van adquiriendo una serie de competencias sociales y comunicativas imprescindibles para una

adaptación social eficaz. La intervención de Terapia Ocupacional propuesta es la siguiente:

- Ofrecer oportunidades de participación, a través de actividades en las que estos adolescentes puedan participar con otros jóvenes en diferentes áreas.
- Adaptar las actividades para favorecer la interacción e incidir en aquellos déficits o limitaciones, ajustándolas al nivel de competencia de cada joven.
- Adaptar el entorno, considerando el grupo social y anticipando situaciones para reducir estresores ambientales.
- Intervenir directamente sobre el desempeño ocupacional:
 - En la volición: Considerando y reforzando los intereses personales del chico/a. Reduciendo la ansiedad ante situaciones que requieren interacción con otros. Mejorando el sentido de capacidad y competencia personal. Fomentando la participación activa en la toma de decisiones.
 - En la habituación: ofreciendo una estructura para recuperar una rutina diaria. Incidiendo en la recuperación o adquisición de hábitos de vida diarios.
 - En las habilidades de desempeño: ofreciendo refuerzo positivo a las habilidades de comunicación e interacción adaptativas. Enseñando nuevas formas de relación a través de modelos. Entrenando para la adquisición de habilidades de autocuidado e instrumentales.

Conclusiones

Los datos recogidos y la descripción del perfil ocupacional de los adolescentes con retraimiento social nos han aportado conocimientos sobre las características generales de este fenómeno, las repercusiones en el funcionamiento y su importancia en la población estudiada. Estos jóvenes experimentan limitaciones en sus relaciones, que les impiden disfrutar de actividades en las que se involucran otros iguales. Este estilo comportamental afecta a todas las áreas (personal, social y académica o laboral), e interfiere en el desarrollo. Algunos casos, pueden considerarse de extrema gravedad.

Los datos muestran una alta incidencia del retraimiento social en los usuarios ingresados en la unidad de hospitalización parcial durante el año 2008, lo que indica la magnitud de este fenómeno sobre la población adolescente con trastornos mentales. Este dato nos parece altamente preocupante, por las repercusiones que puede tener en el desarrollo adolescente y en la evolución de la patología de base.

En el proceso de obtención de datos en este estudio, la escala ACIS ha mostrado un punto de inflexión en los 50 puntos que podría ser utilizado como indicador para hablar de retraimiento social, en los casos en que la alteración en la relación social es por defecto. Por debajo de esta puntuación, se podrían considerar las dificultades como de especial relevancia. Creemos que la ACIS puede ser una buena herramienta para la evaluación del retraimiento social, además, su administración y cumplimentación es rápida y fácil, es clara en la exposición de los ítems, y no requiere de la colaboración implícita de los usuarios, por lo que es una herramienta recomendable.

Por todo lo anterior, pensamos que el retraimiento social conlleva una privación de ocupaciones en las que los adolescentes suelen implicarse, con lo que es un factor de riesgo importante a tener cuenta en el desempeño de nuestra profesión, para prevenir la enfermedad mental, y para actuar en el proceso de rehabilitación. Así pues, es evidente la intervención de Terapia Ocupacional en el retraimiento social, dada la implicación en el funcionamiento y cómo interfiere en el desarrollo, impidiendo la evolución del proceso madurativo y dificultando la reincorporación a la vida normal. Pero este complejo fenómeno necesita de un abordaje integral para ofrecer una asistencia de calidad, y el terapeuta ocupacional debe trabajar junto a otros profesionales dentro de un equipo interdisciplinar.

El presente estudio nos ha permitido comprender y evaluar este fenómeno en jóvenes con trastornos mentales, y nos ha servido para individualizar el

tratamiento más allá de los trastornos, en base a los déficits asociados. Creemos que las unidades de hospitalización parcial deberían abrir vías de actuación que traten específicamente este problema. Por esto, nos proponemos elaborar un programa terapéutico interdisciplinar, para abordar el retraimiento social desde una perspectiva holística y de un modo más eficaz. Es nuestra intención llevar a cabo un estudio prospectivo con un mayor número de casos que evalúe la eficacia del plan de intervención. Este nuevo proyecto aportará mayor información sobre el perfil de los adolescentes con retraimiento social, y los factores que actúan favoreciendo el restablecimiento del problema o limitándolo, y nos ayudará a perfilar un programa de intervención mejorando nuestro trabajo actual.

Agradecimientos

Agradecer a Lidia Salguero, Sydney Smith-Palmer y Collette Stirzaker por su colaboración incondicional en este proyecto.

Bibliografía

1. Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC. Social Withdrawal in Childhood. *Annu Rev Psychol.* 2009; 60: 141-171.
2. Booth-LaForce C, Oxford ML. Trajectories of social withdrawal from grades 1 to 6: Prediction from early parenting, attachment, and temperament. *Dev Psychol.* 2008; 44(5): 1298-1313.
3. Liberman RP, Fearn CH, De Risi WJ, Roberts J, Carmona M. The credit incentive system: Motivating the participation of patients in a day hospital. *Br J Soc Clin Psychol.* 1977; 16: 85-94.
4. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophr Bull.* 1986; 12: 310-318.
5. Phillips EL. The Social Skills Basis of Psychopathology: Alternatives to Abnormal psychology and psychiatry. New York: Grune and Stratlon; 1978.
6. Gourzis P, Katrivanou A, Beratis S. Symptomatology of the Initial Prodromal Phase in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002; 28: 415-429.
7. Bearman PS, Moody J. Suicide and Friendships Among American Adolescents. *Am J Public Health.* 2004; 94: 89-95.
8. Strous RD, Alvir JM, Robinson D, Gal G, Sheitman B, Chakos M, Lieberman JA. Premorbid Functioning in Schizophrenia: Relation to Baseline Symptoms, Treatment Response, and Medication Side Effects. *Schizophr Bull.* 2004;30: 265-278.
9. Heritage Z, Wilkinson RG, Grimaud O, Pickett KE. Impact of social ties on self reported health in France: Is everyone affected equally?. *BMC Public Health.* 2008; 8: 243-49.
10. Organización Mundial de la Salud. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [Consultado el 20 de Enero de 2010]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>.
11. Florey L. Disfunción Psicosocial en la Infancia y la Adolescencia. En Crepeau E, Cohn E, Schell B. *Terapia Ocupacional (Willard & Spackman's)*. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
12. Kielhofner G. *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
13. [Non authors listed]. *Occupational Therapy Practice Framework: domain and process*. *Am J Occup Ther.* 2002;56(6):609-39.
14. Doyle K. Habilidades de comunicación interacción y factores socioemocionales. En Crepeau E, Cohn E, Schell B. *Terapia Ocupacional (Willard & Spackman's)*. 10ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
15. Forsyth K, Kielhofner G. Validity of the assessment of Communications and interaction skills. *Br J Occup Ther.* 1999; 62(2): 69-74.